

Formulario de Admisión y Consulta

DATOS PERSONALES:

Apellido: _____ Nombre de pila: _____

Nombre preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Estado civil: _____ Ocupación: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

SALUD:

Nombre y dirección del médico: _____

Medicación: _____

PROBLEMAS DE SALUD/Condiciones médicas (pasadas y actuales):

DE LA LISTA A CONTINUACIÓN, MARQUE O MARQUE SUS ÁREAS DE PREOCUPACIÓN:

Adicciones Beber Fumar Drogas Juego Comportamiento compulsivo	Ansiedad, estrés, miedos, fobias Ataques de pánico Relajación de la culpa	Problemas con la alimentación Problemas con la comida/dieta Problemas con el peso Anorexia Ejercicio de la bulimia	Depresión Confianza Autoestima Motivación Procrastinación de logros.
Problemas de carrera Habilidades de entrevista Nervios Exámenes de concentración para hablar en público Habilidades de conducción de la memoria	Problemas sexuales Fertilidad FIV Concepción Embarazo Parto	Control del dolor Audición Visión/Visión Movilidad Problemas de la piel Crecimiento del cabello	Relaciones Problemas de la infancia Problemas de sueño

Formulario de Admisión y Consulta

ADMISIÓN	NOTAS
<p>Presentación del problema.</p> <p>Describe brevemente el problema o problemas que quieres tratar. Cuál es el más urgente o prioritario para ti a tratar.</p>	
<p>Síntomas</p> <p>Desencadenantes</p> <p>Hábitos:</p> <p>Que te ocurren o sientes cuando aparece el problema a tratar.</p>	
<p>Niñez</p> <p>Describe como ha sido tu niñez. La relación con los padres y hermanos.</p> <p>Alguna otra situación que quieras compartir.</p>	
<p>Lo que quieres.</p> <p>Como quieres sentirte, comportarte, pensar, conseguir,</p>	
<p>La vida sin el problema.</p> <p>Imagina que has hecho la sesión y todo ha ido genial y ya no tienes ese problema. ¿Como será tu vida sin ese problema?</p>	