

Favor De Llenar Con Letra De Molde. Toda Información Es Estrictamente Confidencial

Nombre		Fecha:	
Dirección			
Ciudad		Edo.	Zona Postal
Teléfono Casa ()		Teléfono Trabajo ()	
Edad	Fecha de nacimiento / /	Estado Civil S C D V	Ocupación
Correo Electrónico:			
Hijos?	Edades	Recomendado Por: Nombre & TEL. #	
Se encuentra bajo tratamiento médico ó psicológico actualmente?		No Si Describa	Está tomando medicamentos?
		No Si Describa	No Si Describa
Padece usted de alguna fobia o condición médica?		Diabetes Epilepsia Asma Presión Alta	No Si Describa
Nombre y teléfono del médico			
Contacto de emergencia	Teléfono		Relación
Ha sido hipnotizado anteriormente? Si No Resultado?			
Qué desea lograr en esta sesión?			
<p>Las cancelaciones de último minuto evitan que otros clientes utilicen nuestros servicios y nos dejan con espacio improductivo. No habrá devolución del deposito por cancelaciones o por no asistencia por ninguna razón. Solo se concederá un periodo de 15 minutos de espera por retrasos. Su sesión es de 45 A 60 minutos y empieza a contar desde el momento en que fue programada. Inicial:_____</p> <p>Estoy de acuerdo en que se me asista a lograr mis metas por medio de técnicas de neurolingüística, visualización, relajación é hipnosis. Entiendo que la asistencia que estaré recibiendo no es sustituto de tratamiento médico ó psicológico y se me sugiere mencionar ésta(s) sesión(es) con el profesional que me atiende ahora ó en el futuro. Se me indica que debo continuar con cualquier tratamiento actual y consultar con mi médico sobre cualquier cambio ó mejora que experimente como resultado de la sesión. Entiendo que para el éxito y resultados positivos de las sesiones, mi participación, compromiso y dedicación son absolutamente indispensables y además un requisito del terapeuta, por lo cual me responsabilizo a cumplir con los requisitos de mi participación según sean indicados, y a presentarme a tiempo a las sesiones que sean requeridas subsecuentemente hasta completar el programa indicado.</p> <p>El cliente asegura que toda la información proporcionada en éste cuestionario es cierta de acuerdo a su conocimiento y se responsabiliza de cualquier evento que surja por no cumplir con las sugerencias o recomendaciones del terapeuta.</p>			
Firma:		Nombre	
Menores de edad firma del padre/madre ó tutor		Firmado por::	
(Doy mi consentimiento para que el menor reciba asistencia a través de hipnosis. Doy fe de que se ha discutido y recibido la aprobación del médico del menor para recibir sesiones de hipnoterapia.		Relación con el menor:	
Nombre del menor::			