

FICHA DE REGISTRO

Nombre:			
Dirección:			
Tel. Casa:		Tel. Movil:	
Edad:		Fecha de Nacimiento:	
Sexo:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Estado Civil:
Ocupación:			E-Mail:
Escolaridad:		Fecha de tratamiento:	

Motivo de Consulta:

Que otros tratamientos ha tomado relacionados al motivo de la consulta? (especifique)

Cuales han sido los resultados de dichos tratamientos?

¿Que sitios les gusta?
a) playa B) Bosque c) otro _____

¿Que desea resolver?
a) Dolor fisico Enfermedad Trauma/Fobia b) Habito o Comportamiento Adiccion
c) Sobrepeso/ Recuerdo Reprimido d) Relaciones Pareja/hijos/familiares
e) Depresion/Ansiedad f) otro _____

