



CLÍNICA

Calle Manantial #708, Col. Jardines del Moral, León, Gto., C. P. 37340, Tel.
(477) 7 17 99 33, correo informes@sp-leon.org

SOLICITUD DE INGRESO

Sírvase contestar el presente cuestionario para solicitud de tratamiento con la mayor fidelidad que le sea posible. La veracidad de sus respuestas es muy importante para determinar su necesidad de recibir psicoterapia. Entréguelo en persona a la Secretaria de la Clínica. En un plazo breve tendrá una respuesta telefónica.

Los datos proporcionados por Usted en este cuestionario son estrictamente confidenciales y accesibles únicamente a los miembros del personal de la Clínica, responsables de la decisión de su aceptación como paciente.

I. Datos generales

Nombre _____ Edad _____

Dirección _____ Col. _____

Ciudad y Estado _____ CP. _____ Tels. _____

Fecha de la solicitud de tratamiento _____

Referido por _____

II. Datos personales

Fecha y lugar de nacimiento _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

Ingresos: _____

Mencione sus últimos trabajos y el tiempo aproximado que ha durado en cada uno de ellos:

<u>Tipo de trabajo</u>	<u>Duración</u>	<u>Salario mensual</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sobre su Educación:

Indique los estudios que ha realizado:

Sobre su salud:

Anote las principales enfermedades que ha tenido, si ha sido hospitalizado y por qué (no incluya las enfermedades comunes de la infancia): _____

Indique si ha tenido tratamiento psiquiátrico y por cuánto tiempo.

Si su respuesta es afirmativa dé el nombre y dirección del médico tratante: _

Si ha sido hospitalizado indique el nombre de la Institución y por cuánto tiempo _____

V. Sobre sus padres :

a) Si viven ¿qué edad tienen? _____

b) Si fallecieron ¿Qué edad tenía usted? _____

c) ¿Cuáles son los estudios y ocupación de su padre? _____

d) ¿Cuáles son los estudios y ocupación de su madre? _____

e) Estado civil de sus padres : _____

f) ¿Quién se hizo cargo de Ud. hasta sus 15 años de edad?

VI. Acerca de sus hermanos:

Enumere a sus hermanos del mayor al menor con su edad y sexo, incluyéndose usted: _____

VII. Sobre su vida actual :

a) ¿Con quién vive en la actualidad? _____

b) Si es separado o divorciado indique desde cuando _____

c) Si tiene pareja ¿Qué edad tiene? _____

d) Si su pareja trabaja ¿Cuál es su salario mensual? _____

e) Si tiene hijos anote la edad, el sexo y el nombre de sus hijos en orden progresivo. _____

VIII. Anote en los siguientes renglones los problemas por los que solicita tratamiento en la Clínica.
