

CUESTIONARIO MÉDICO

1. ¿Es usted mayor de 18 años?

Sí

No

2. ¿Está usted embarazada?

Sí

No

3. ¿Cuántas horas duerme diariamente? _____

4. ¿Tiene antecedentes de alguna adicción? _____

En caso afirmativo, especifique _____

5. ¿Padece alguna enfermedad psicosomática? _____

En caso afirmativo, especifique _____

6. ¿Padece alguna enfermedad cardíaca? _____

En caso afirmativo, especifique _____

7. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico o psiquiátrico? _____

En caso afirmativo, especifique _____

8. ¿Ha tenido intentos o fantasías de suicidio? _____

En caso afirmativo, especifique _____

9. ¿Ha tenido crisis nerviosas? _____

En caso afirmativo, especifique _____

10. Por favor comparta cualquier información que considere relevante, como eventos de abandono, enfermedad, muerte, violencia o fobias, por ejemplo.

11. Recuerde que si actualmente se encuentra en tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico, es requisito indispensable anexar a éste cuestionario la autorización expresa y escrita de su médico o terapeuta. Éste entrenamiento no es terapia ni sustituto de la misma.

12. Firma.

He leído y declaro bajo protesta de decir verdad que todas mis respuestas han sido provistas en honestidad brutal, y que es mi absoluta responsabilidad mi participación en éste entrenamiento.

Nombre, firma y fecha del participante.