No. De registro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ficha inscripción de paciente

**Instrucciones:**

Por favor responda a las preguntas de este cuestionario de la manera más **sincera** y **completa posible**, cuide de no dejar preguntas sin responder.

**Nota:** los datos de este formulario deben ser de la persona que recibirá los servicios psicológicos. Debe ser llenado por el interesado, en caso de ser menor de edad por los padres de familia o encargado.

**ESTOS DATOS SON ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES.**

DATOS GENERALES:

|  |
| --- |
| **Nombre completo:** |
| **Edad:** |
| **Fecha de nacimiento:** |
| **Estado Civil:** |
| **Dirección de Residencia:** |
| **No. De Tels.:** |
| **Correo Electrónico:** |
| **Titulo ó último grado cursado:** |
| **Referido por:** |

**Motivo de consulta**

Describa o explique las molestias, síntomas o razón por las cuales usted solicita apoyo

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Horario en que desea ser atendido

Muchas gracias por brindarnos la información anterior, esto permitirá evaluar el caso oportunamente, la misma será utilizada de manera ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.