

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DEL CLIENTE

TERAPIA DE PARTES

Toda la información será resguardada confidencialmente. (Puedes consultar mi aviso de privacidad en www.SHOY.me/avisoprivacidad).

Te pido que contestes las siguientes preguntas con respuestas concretas. Si te sientes incómodo con cualquiera de estas preguntas puedes dejarla en blanco y lo revisamos en persona.

Una vez completado por favor envíamelo por correo Shoyemociones@gmail.com yo lo reviso y si tus objetivos son logrables procedemos a agendar y si no es así hablaremos por teléfono para afinar los objetivos y volverlos mas realistas o logrables.

Nombre completo:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Nacionalidad:

Teléfono:

Estado Civil:

Hijos:

Ocupación:

Email:

¿Cómo supiste de mí?

Terapia de Partes

Brevemente descríbeme los objetivos o para que te gustaría tener una sesión de Terapia de Partes:

Ejemplo 1: Quisiera dejar de fumar.

Ejemplo 2: Entender porque no logro establecer relaciones de pareja duraderas

Ejemplo 3: Comprender porque me siento insatisfecha con lo que hago

¿Cuál es el objetivo que te gustaría lograr con esta Terapia de Partes?

¿Qué esperarías que pasará en tu vida después de la sesión?

Respecto a tus relaciones mas cercanas con padres, hermanos, pareja, hijos. Describe brevemente como es o como fue tu relación con ellos.

¿Estás bajo tratamiento médico de alguna dolencia física, mental o emocional?

¿Has sido hipnotizado antes? Si si, ¿podieras comentar la razón de la sesión y como te fue en ella?

¿Tienes alguna creencia acerca de ese proceso? ¿Consideras que tendrías alguna dificultad para ser hipnotizado?

La intención de estas sesiones es ayudarte a encontrar tus propios recursos internos para sanar el problema u obtener la información por el/la cual me has venido. Va a involucrar que estés preparado para ir a memorias muy profundas y quizá no del todo agradables. Yo estaré siempre acompañadote en el proceso , sin embargo es importante que sepas que tú eres el responsable de tu propia sanación y de la interpretación de la información obtenida.

Al firmar este documento me liberas de cualquier responsabilidad sobre como tomes los resultados de esta experiencia y las consecuencias que esta sesión pudiera causarte.

Entiendo que esta sesión no está diseñada para curar o sanar ninguno de mis problemas físicos o tratar algún problema o enfermedad mental.

Entiendo que la sesión no me garantiza ningún resultado en particular.

Entiendo que la información que sea capaz de recordar acerca de mis vidas pasadas , será grabada y la grabación se me entregará y conservaran copia de ella solo para archivo que pudiera yo requerir en el futuro.

Afirmo que en los días anteriores a la sesión no estoy tomando sustancias para algún tratamiento psicológico, psiquiátrico o terapéutico los cuales me afecten o impidan que este totalmente consciente durante la sesión.

Yo _____ doy mi consentimiento para ser hipnotizado por Vanessa Berlanga A.

Nombre _____ Firma: _____

Fecha: _____

Nota : Me reservo el derecho de cambiar tu cita si es necesario proporcionándote otra fecha alterna. Si deseas cambiar o cancelar tu cita con menos de 24 horas de anticipación, se tomara como cita perdida sin reembolso