****

**CLINICA**

Calle Manantial #708, Col. Jardines del Moral, León, Gto., C. P. 37160, 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 atención en psicoterapia psicoanalítica o psicoanálisis. Entréguelo en persona a la secretaria de la Clínica o envíelo por este medio. En un plazo breve tendrá una respuesta telefónica.

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

Costo por sesión $300.00. Preferentemente dos sesiones semanales.

**I. Datos generales**

NombreEdad

DirecciónCol.

Ciudad y EstadoCP.Tels.

Fecha de la solicitud de tratamiento

Referido por

Horarios disponibles para tratamiento**:**

**II. Datos personales**

Fecha y lugar de nacimiento

Estado civil:

Ocupación:

Ingresos:

Mencione sus tres últimos trabajos y el tiempo aproximado que ha durado en cada uno de ellos, iniciando por el actual:

**Tipo de trabajo** **Duración y Fecha** **Salario mensual**

**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; por cuánto tiempo, nombre y dirección del médico tratante y si ha sido hospitalizado indique el nombre de la Institución y por cuánto tiempo.

**III. Sobre su vida actual:**

1. ¿Con quién vive en la actualidad?
2. Si es separado o divorciado indique desde cuando
3. Si tiene pareja ¿Qué edad tiene?
4. Si su pareja trabaja ¿Cuál es su salario mensual?
5. Si tiene hijos anote el nombre, el sexo y la edad en orden progresivo.

**IV.** Anote en los siguientes renglones los motivos por los que solicita tratamiento.