

# Inscripción: Cuestionario Médico

Toda la información contenida en esta solicitud está protegida por el secreto profesional. Sólo será utilizada por su instructor y/o personal autorizado. MexWorks no se hace responsable en caso de existir omisión o tergiversación de la información requerida en este formulario.

1) ¿Cuántas horas de descanso tiene usted normalmente?

| Menos de 6 | 6-7 | 7-8 | Más de 9 |
|------------|-----|-----|----------|
|            |     |     |          |

2) ¿Está usted embarazada?

| No | Si | Trimestre |
|----|----|-----------|
|    |    |           |

3) ¿Tiene antecedentes de alguna adicción?

| No | Si |
|----|----|
|    |    |

¿Cuál? Durante qué época de su vida?

4) Antecedentes personales o familiares de Enfermedades psiquiátricas

| No | Si |
|----|----|
|    |    |

Especifique también si hubo internaciones

5) Toma usted algún tipo de medicación que altere Su conducta habitual? (somniaferos, tranquilizantes Neurolípticos, miorrejantes, etc)

| No | Si |
|----|----|
|    |    |

¿Cuáles? (lista)

6) ¿Está usted actualmente bajo algún tipo de Tratamiento psicológico y/o psiquiátrico?

| No | Si |
|----|----|
|    |    |

7) En caso afirmativo ¿Sabe su terapeuta de su Decisión de participar en este seminario?

| No | Si |
|----|----|
|    |    |

8) ¿Ha tenido usted alguna vez pérdida de conocimiento, mareos o vértigo de origen no traumático?

| No | Si |
|----|----|
|    |    |

En caso afirmativo, por favor explique:

9) ¿Ha tenido usted crisis nerviosas? (descontroles, histerias, depresión)

| No | Si |
|----|----|
|    |    |

En caso afirmativo, por favor explique:

10) ¿Ha tenido usted fantasías de suicidio o Intentos de suicidio?

| No | Si |
|----|----|
|    |    |

En caso afirmativo, por favor explique:

11) Por favor relate cualquier información que usted considere importante (fobias, abandonos, muertes, violaciones o intentos de violación, personalidad múltiple, castigos, cárcel, etc)

12 Contactos en caso de emergencia: (dos contactos alternativos con diferentes domicilios y diferentes teléfonos).

| Nombre y Apellido | Relación | Dirección | Teléfonos de día y de noche |
|-------------------|----------|-----------|-----------------------------|
|                   |          |           |                             |
|                   |          |           |                             |

**Verificación y firma:**

Por lo siguiente declaro y ratifico que:

- Soy mayor de 18 años de edad
- He leído este documento cuidadosamente
- He comprendido todas las recomendaciones
- He respondido a todas las preguntas honestamente
- Asumo total responsabilidad por mi participación en el Curso Introductorio

HE TOMADO CONOCIMIENTO  
QUE EL ABONO DE \$ 1,000 NO  
TIENE DEVOLUCIÓN

FIRMA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
dd / mm / aa

Aclaración de firma: \_\_\_\_\_

R.F.C. \_\_\_\_\_