



## 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. 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

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Col. \_\_\_\_\_

Ciudad y Estado \_\_\_\_\_ CP. \_\_\_\_\_ 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:

<u>Tipo de trabajo</u>	<u>Duración y Fecha</u>	<u>Salario mensual</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**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. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**V. Sobre sus padres:**

- a) Si viven ¿qué edad tienen? \_\_\_\_\_
- b) Si fallecieron ¿Qué edad tenía usted? \_\_\_\_\_
- c) ¿Cuáles son los estudios y ocupación de su padre? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d) ¿Cuáles son los estudios y ocupación de su madre? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- e) Estado civil de sus padres: \_\_\_\_\_
- f) ¿Quién se hizo cargo de Ud. hasta sus 15 años de edad?  
\_\_\_\_\_

**VI. Acerca de sus hermanos:**

Enumere a sus hermanos del mayor al menor con su edad y sexo, incluyéndose usted: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VII. Sobre su vida actual:**

- a) ¿Con quién vive en la actualidad? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b) Si es separado o divorciado indique desde cuando \_\_\_\_\_
- c) Si tiene pareja ¿Qué edad tiene? \_\_\_\_\_

d) Si su pareja trabaja ¿Cuál es su salario mensual? \_\_\_\_\_

e) Si tiene hijos anote el nombre, el sexo y la edad en orden progresivo. \_\_\_\_

---

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---