**Carmen Martínez Jover**

Hipnoterapeuta, Regresiones a Vidas Pasadas y PSYCH-K

**CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DEL CLIENTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre, Apellido(s)** | | | | | | | **Fecha de Nacimiento** | | | | **Edad** |
|  | | | | | | | **\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_** | | | |  |
| **Nacionalidad** | | **Dirección** | | | | | | | | **Ciudad** | |
|  | |  | | | | | | | |  | |
| **País** | **Código Postal** | | | **Teléfono** | | | | | **Celular** | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| **Email** | | | **Estado Civil** | | | | | **Nombre del Cónyuge/Pareja** | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | |
| **Nombres y edades de hijos (en caso de tenerlos)** | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Sus 2 colores favoritos en orden de preferencia** | | | | | | | | | | | |
| **1.** | | | | | **2.** | | | | | | |
| **Sus 2 lugares favoritos en orden de preferencia** | | | | | | | | | | | |
| **1.** | | | | | **2.** | | | | | | |
| **Enliste cualquier miedo o fobia** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **¿Experimenta alguna tendencia compulsiva?** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Enliste cualquier problema de salud actual** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **¿Está usted siendo tratado por un doctor?** | | | | | | **De ser así, ¿Quién(es)?** | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
| **SI** | | **NO** | | | |  | | | | | |
| **Enliste cualquier medicamente que tome actualmente** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Enliste sus 3 metas de vida más importantes** | | | | | | | | | | | |
| **1.** | | | | | | | | | | | |
| **2.** | | | | | | | | | | | |
| **3.** | | | | | | | | | | | |
| **Enliste sus 3 hobbies favoritos** | | | | | | | | | | | |
| **1.** | | | | | | | | | | | |
| **2.** | | | | | | | | | | | |
| **3.** | | | | | | | | | | | |
| **¿Cuál es su ocupación actual?** | | | | | | **¿Disfruta su trabajo?** | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
| **Enliste ciertas cosas que le gustaría hacer mejor** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **¿Cuál es su sueño personal más grande?** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **¿Por qué busca terapia de Hipnosis?** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Si tiene algún problema específico, por favor anote qué sucedía en su vida cuando empezó, si lo recuerda** |
|  |

|  |
| --- |
| **¿Cómo escuchó sobre mí?** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Experimenta actualmente alguna de las siguientes condiciones? (Marque toda condición que aplique)** | | | |
| Nerviosismo | Rechinar los dientes | Desorden alimenticio severo | Enfermedad o muerte de ser querido |
| Incapacidad para relajarse | Salud precaria | Co-dependencia | Falta de energía |
| Insomnio | Abuso de alcohol | Inhabilidad para concentrar su atención | Baja autoestima |
| Depresión | Abuso de drogas | Problemas de memoria | DDA o ADHD |
| Morder las uñas | Fumador | Problemas maritales/pareja | Situación de abuso en el hogar |
| Pesadillas | Comer en exceso compulsivamente | Divorcio reciente | Situación de abuso en el trabajo |
| Disfunción sexual | Comer en exceso | Trauma por guerra | Falta de éxito |
| Tendencias compulsivas | Autoflagelación | Trauma en la infancia | Pena, dolor o tristeza |

|  |
| --- |
| **¿Cómo describiría la salud psicológica de sus padres?** |
|  |

|  |
| --- |
| **¿Cómo es (fue) su relación con ellos ahora?** |
|  |

|  |
| --- |
| **¿Practica alguna religión o meditación?** |
|  |

|  |
| --- |
| **Enliste cualquier otra condición que ocurra en su vida que considere usted que le afecta negativamente. Use el reverso de esta hoja para explicarme los detalles de sus preocupaciones, necesidades o miedos.** |
|  |

|  |
| --- |
| DECLARACIÓN DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD **Por este medio autorizo a Carmen Martínez Jover** para que me ayude mediante hipnosis terapeútica, para los fines establecidos en esta forma de admisión y los fines futuros que pudiera yo requerir. Entiendo que la hipnosis no es un procedimiento médico y que no se me han ofrecido beneficios médicos. Entiendo que el éxito de mi terapia de hipnósis depende de mi habilidad para relajarme y mi deseo de crear un cambio en mi persona. Entiendo que los resultados de las sesiones de hipnosis dependen de mi propia y seria participación, Carmen Martínez Jover no me puede ofrecer ninguna garantía del éxito de mi tratamiento. Estoy consciente, sin embargo, de que ella hará todo lo razonable en su capacidad para asegurar mi éxito.  Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Por favor note:** Frecuentemente podré recalendarizar citas si es necesario, pero si necesita recalendarizar o cancelar con menos de 24 horas de anticipación, se cobrará la cita perdida. |

# Checklist para descubrir los Canales de Aprendizaje

# (Por favor marque el número de cualquiera de los siguientes que encaje en su naturaleza)

# Indicadores de Canal de Aprendizaje Auditivo

# Prefiere que alguien más lea las instrucciones cuando arma un modelo/usa tecnología.

# Repasa para un examen leyendo las notas en voz alta o hablando con otros.

# Habla en voz alta cuando trabaja en problemas matemáticos/números.

# Prefiere escuchar una grabación, que leer el mismo material.

# Memoriza un número diciéndolo repetidamente.

# Usa palabras rítmicas para recordar nombres.

# Planea su próxima semana, hablando sobre ello con alguien.

# Le gusta parar y preguntar por una dirección que busca.

# Prefiere instrucciones orales de su jefe.

# Se mantiene al tanto de las noticias escuchando la radio.

# Es capaz de concentrarse profundamente en lo que otra persona está diciendo.

# Usa su tiempo libre para hablar con otros.

# Canta o toca bien un instrumento musical.

# Prefiere juegos de hablar/escuchar.

# Indicadores de Canal de Aprendizaje Visual

# Le gusta mantener notas escritas.

# Típicamente lee una cartelera mientras maneja.

# Arma un modelo/aparatos tecnológicos usando instrucciones escritas.

# Sigue recetas escritas fácilmente cuando cocina.

# Repasa para un examen escribiendo un resumen.

# Escribe en servilletas en un restaurante.

# Memoriza un número anotándolo.

# Puede armar muebles desarmados usando instrucciones.

# Usa imágenes visuales para recordar nombres.

# Ama leer libros.

# Planea la semana siguiente haciendo una lista.

# Prefiere instrucciones escritas de su jefe.

# Prefiere obtener un mapa y encontrar su propio camino.

# Prefiere juegos de lectura/escritura SCRABBLE

# Fuerte en el Canal de Tacto y Movimiento (Kinestésico)

# Gusta de construir cosas.

# Usa el sentido del tacto para armar un modelo.

# A ciegas, puede distinguir artículos a través del tacto.

# Aprende el sistema de tacto rápido escribiendo (en un teclado, mecanografía).

# Se mueve con la música.

# Garabatea y dibuja en cualquier papel disponible.

# Es una persona de “aire libre”.

# Se mueve fácilmente; bien coordinado.

# Pasa tiempo en artesanías y manualidades.

# Le gusta sentir la textura de materiales.

# Prefiere juegos de movimiento a juegos en donde uno sólo se sienta.

# Le es relativamente fácil mantenerse en forma.

# Es uno de los más rápidos en un grupo en aprender una habilidad física nueva.

# Usa su tiempo libre para actividades físicas.