

(FAVOR LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO EN LETRAS DE MOLDE Y CON LA MAYOR CLARIDAD POSIBLE)

FECHA: - - 2 0
DÍA MES AÑO

SEXO: Masculino Femenino

NOMBRE(S): APELLIDO(S):

MATRICULA 2 0 -

FECHA DE NACIMIENTO: - - 1 9
DÍA MES AÑO

LUGAR DE NACIMIENTO:

INFORMACIÓN DE SALUD

FAVOR MARCAR CON UNA "X" LA OPCIÓN QUE APLIQUE

Mareos	<input type="checkbox"/>	Fatigas	<input type="checkbox"/>	Falta de apetito	<input type="checkbox"/>	Náuseas	<input type="checkbox"/>
Problemas Intestinales	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Amigdalitis	<input type="checkbox"/>
Tiroides	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Dificultad Visual	<input type="checkbox"/>	Dificultad Auditiva	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>						

Otros, especifique:

Tiene algún tratamiento médico? SI NO

En caso afirmativo, favor especifique:

INFORMACIÓN PSICOLÓGICA

FAVOR MARCAR CON UNA "X" LA OPCIÓN QUE APLIQUE

Sentimientos de inferioridad	<input type="checkbox"/>	Dificultad para concentrarse	<input type="checkbox"/>	Dificultad para hacer amigos	<input type="checkbox"/>	Dificultad para tomar decisiones	<input type="checkbox"/>
Problemas sexuales	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Timidez	<input type="checkbox"/>
Temblores	<input type="checkbox"/>	Conflictos familiares	<input type="checkbox"/>				

¿Cómo podría definir su personalidad?

¿Cree tener alguna dificultad para la cual requiera ayuda SI NO

En caso afirmativo, favor especifique:

¿Necesita ayuda? SI NO

En caso afirmativo, favor especifique: