



Foto

Instituto Humanista de Psicoterapia Corporal, Integra, S.C.

SOLICITUD PARA INGRESAR A:

MAESTRIA___ ENTRENAMIENTO___ DIPLOMADO___ TALLER___

Nombre_____

Fecha de nacimiento_____ Edad Actual _____

CURP_____

Sexo_____

Dirección_____

Teléfono casa_____ Celular_____

Correo electrónico_____

En caso de emergencia contactar a _____

Relación_____ Teléfono_____

Celular_____

Correo Electrónico_____

Dirección_____

Su trabajo actual_____

Tiempo que lleva ahí_____

Nivel máximo de estudios _____

Licenciatura o equivalente_____



Universidad _____ Año de egreso _____

Número de Cédula profesional _____

¿Ha tomado alguna formación en Desarrollo Humano y/o Psicocorporal? ¿Dónde?
¿Cuánto tiempo?

¿Obtuvo alguna certificación?

Importante contestar ampliamente las siguientes preguntas:

- 1- ¿Por qué quiere hacer este programa?
- 2- ¿Alguna vez ha sido cliente de psicoterapia? Si es así, describa brevemente su experiencia, qué tipo de terapia tomó, duración, y efectos en usted.
- 3- Mencione qué sería importante saber acerca de usted al ingresar a este programa específicamente ¿cómo es la relación que tiene con su cuerpo?
- 4- Si ya tiene práctica profesional, como orientador o terapeuta, describa el tipo de Psicoterapia que practica, métodos que usa, y el nivel de éxito/satisfacción que tiene en su trabajo.
- 5- ¿De qué manera piensa que este programa pueda aportar a su profesión? ¿Cómo la aplicará?
- 6- ¿Cómo considera su capacidad económica y de tiempo para comprometerse en este programa?
- 7- Todas las personas que soliciten ingresar a este programa deberán dar una referencia profesional.
Por favor incluya el nombre, relación, teléfono, celular, dirección y correo electrónico. Se consideran buenas referencias las de instructores, psicoterapeutas y maestros de su Licenciatura, o Instituciones reconocidas, en los que haya participado anteriormente. Por favor indique hace cuánto tiempo y en qué condiciones lo ha conocido.
- 8- ¿Cómo se enteró de este programa del Instituto INTEGRA?
- 9- ¿Cuáles son sus expectativas al tomar este programa?
- 10- Favor de indicar si usted está vacunado una, dos o tres veces contra COVID-19. Si no es así, por favor avisarle personalmente a su maestro auxiliar. Le recomendamos ampliamente vacunarse debido a que nuestros trabajos presenciales requieren del máximo cuidado de la salud colectiva.



FICHA MÉDICA

HÁBITOS PERSONALES:

¿Realiza actividad física periódica? _____ ¿Qué tipo? _____

¿Toma bebidas alcohólicas? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Fuma cigarrillos? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Consumo de algún otro tipo de sustancias adictivas _____

¿Está actualmente bajo alguna medicación especial? _____ En caso afirmativo favor de especificar cuál _____

Dosis _____

Para qué enfermedad _____

Nombre del Médico que lleva dicho tratamiento _____

Tel / Cel _____ Correo: _____

¿Está o ha estado bajo algún tipo de medicación psiquiátrica? _____ En caso afirmativo favor de especificar cuál _____

Dosis _____

Nombre del Médico que lleva dicho tratamiento _____

Tel / Cel _____ Correo: _____



INFORMACION MÉDICA:

Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades o afecciones:

Enfermedades cardiovasculares _____

Presión arterial alta o baja _____

Alergia o asma _____

Enfermedades crónicas del aparato digestivo _____

Enfermedades crónicas del aparato respiratorio _____

Diabetes _____

tumores / cáncer _____

Enfermedades neurológicas o mentales _____

Lesiones enfermedades en el sistema óseo (columna, articulaciones) _____

V.I.H. positivo _____

Enfermedades hepáticas _____

enfermedades congénitas _____

Deformaciones o limitación de movimiento por accidentes _____

Mareos, desmayos, dolores de cabeza, convulsiones, dificultad para respirar _____

¿Se cansa fácilmente bajo esfuerzo? _____

Otras _____

En caso de respuesta afirmativa en algún inciso, favor de especificar

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? _____ Favor de detallar

¿En caso de actividad física o movimiento vigoroso, necesita algún cuidado



especial? (especificar) _____

Describir si tiene algún padecimiento, lesión o enfermedad, que pueda poner en riesgo su integridad física: _____

RESPONSABILIDAD DE AUTOCAUIDADO

El alumno es responsable de su propio cuerpo, aceptando que realizará los ejercicios corporales a conciencia, de conformidad con sus propios límites. Además, el alumno reconoce que toda práctica física conlleva un riesgo de lesión.

Al terminar de llenar y firmar de conformidad la hoja de solicitud y ficha médica, puede llamar a los teléfonos del Instituto y pedir su cita para entrevista personal. Deberá de llevar esta solicitud, así como los documentos requeridos y también puede enviarlos al siguiente correo electrónico: integra_instituto_humanista@yahoo.com

Al llenar esta solicitud y ficha médica, confirmo que he leído y estoy de acuerdo con la explicación del programa que solicito, que está en la página del Instituto Humanista de Psicoterapia Corporal Integra, S.C. y que mis datos son correctos y veraces.

¡Gracias por su tiempo y bienvenido!

ATENTAMENTE:

(Nombre, fecha y firma del alumno)