

DATOS DEL/ DE LA PACIENTE MENOR DE EDAD

Nombre del niño/ de la niña		Fecha de nacimiento	Edad	H	M
		Sexo			
Nombre del padre		Nombre de la madre			
Teléfono celular	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Teléfono casa y trabajo		
Dirección		Dirección			
Correo electrónico		Correo electrónico			
Ocupación del padre		Ocupación de la madre			
Centro Escolar		Grado			
Acude por recomendación de:					

DATOS MÉDICOS

Médico de familia	Número de teléfono
Médico psiquiatra (en caso que aplique)	Número de teléfono
Otras referencias médicas	

Describe brevemente el motivo de consulta

Todos los datos proporcionados son estrictamente confidenciales. Acepto que estos datos sean utilizados únicamente por la psicoterapeuta, durante el proceso terapéutico y en el futuro, y siempre con finalidades relacionadas con la psicoterapia; estos datos podrían ser revelados solamente bajo las condiciones estipuladas en el contrato terapéutico.

Firma del padre

Fecha

Firma de la madre

Fecha

Fomentando las buenas prácticas Arborétum autoriza el uso de este documento a los profesionales autorizados

