



## CUESTIONARIO

● ————— ●

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Tlf \_\_\_\_\_

### **Contacto de emergencia**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Tlf \_\_\_\_\_

### **Familia**

Estado civil: \_\_\_\_\_

Padres, hermanos (Nombre, edad, residencia) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hijos (Nombre, edad) \_\_\_\_\_

### **Actividad**

Profesión, lugar de trabajo \_\_\_\_\_

Formación, estudios \_\_\_\_\_

Hobbies, deportes \_\_\_\_\_

### **Salud**

• Medicos y terapeutas actuales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Enfermedades y diagnósticos \_\_\_\_\_

• Medicamentos y dosis \_\_\_\_\_

• Consumo de Alcohol, cigarrillos, drogas (tipo y cantidad semanal) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Motivación para empezar terapia Somatica:**

**Actividades o Situaciones que te hacen sentir bien, tus recursos en momentos difíciles:**

**Cuéntame un poco sobre ti, momentos importantes en tu vida que marcaron una diferencia, desafíos en tu vida, y todo aquello que quieras compartir conmigo que te ha hecho la persona que eres hoy:**

## Instrucciones de Pago

**Sesión de Terapia Somática (50 min / 1hr) €60**

## Formas de Pago

Para realizar el pago:

- En efectivo al acabar la sesión
- BIZUM o Transferencia bancaria con al menos 24 horas de antelación

En el caso de pagar por Bizum o Transferencia es necesario mandar un comprobante por email (lola.ferdez@gmail.com) o mediante una captura de pantalla al numero 682004437.

### PAGO POR TRANSFERENCIA BANCARIA

- IBAN: ES52 0081 5077 7100 0227 8134
- BENEFICIARIO: Lola Fernandez Pardo
- CONCEPTO: Nombre y apellidos del cliente y fecha de la sesión (e.g., Juan Rodríguez Álvarez 18/02/22)
- BIC/SWIFT\*: BSABESBBXXX

\*BIC/SWIFT solo para pagos internacionales dentro de la Zona Euro.

## Política de Cancelaciones

Ten en cuenta que si deseas cancelar o cambiar la sesión, debes hacerlo con 24 horas de antelación. Si la cancelación sucede durante el día de la cita, tendrás que abonar el 50% de la sesión independientemente de la causa.

En caso de Retraso, el tiempo de espera serán 15 minutos. Si te retrasas la sesión tendrá que ser más corta (dentro de la hora establecida para la sesión) pero se abonará el precio total de la sesión.

---

¿Cómo has llegado a esta terapia?

## Consentimiento de Comunicación:

Yo, ....., otorgo mi consentimiento expresamente, de forma libre y voluntaria, a Lola Fernandez Pardo (Terapeuta Somatic Experiencing Profesional) para enviarme mensajes por correo electrónico, servicios de mensajería (por ejemplo, WhatsApp) y SMS y/o que dejarme mensajes en mi buzón o contestador automático.

Puedo revocar esta declaración de consentimiento en cualquier momento por escrito.

---

**Firma**

---

**Fecha**

## Consentimiento Informado:

CONSENTIMIENTO INFORMADO – Personas adultas, mayores de 18 años

D/Da \_\_\_\_\_, mayor de edad, con  
DNI \_\_\_\_\_, y domicilio en \_\_\_\_\_, actuando en  
mi propio nombre manifiesto que:

He recibido de D/Da \_\_\_\_\_, Terapeuta Profesional de  
Somatic Experiencing, toda la información necesaria, de forma confidencial, clara,  
comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos,  
procedimientos, temporalidad y honorarios que se seguirán a lo largo del proceso que  
se deriva de la demanda que he formulado, y que este proceso está sujeto al secreto  
profesional y al resto de los preceptos que rigen en el Código Deontológico y en las  
diferentes normas de deontología profesional de la Psicología.

Así mismo se me ha informado de que:

- Como profesional, tiene la obligación legal de revelar ante las instancias oportunas  
información confidencial en aquellas situaciones que pudieran representar un riesgo  
grave para mí o terceras personas, si tuviera conocimiento de la comisión actual o  
futura de un delito contra mí mismo/a u otras personas, o bien porque así fuera  
ordenado judicialmente; en este último caso, se proporcionará sólo aquella información  
que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la confidencialidad de  
cualquier otra información.

- Tengo, como cliente, el derecho de interrumpir la intervención cuando desee.

- El presente consentimiento podrá ser revocado libremente y por escrito en cualquier  
momento, y sin expresión de la causa

Por tanto, AUTORIZO y OTORGO MI EXPRESO CONSENTIMIENTO a D/Da  
\_\_\_\_\_ a realizar la citada intervención  
profesional y a todo lo indicado anteriormente.

He recibido una copia de este documento

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Fdo: D/Da \_\_\_\_\_ Fdo: D/Da \_\_\_\_\_