

Somatic Ando

CUESTIONARIO

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Email _____ Tlf _____

Contacto de emergencia

Nombre _____ Relación _____ Tlf _____
I

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 Rodriguez Alvarez 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 retrasás 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 _____