



Decídete a probar con la hipnosis clínica y verás los resultados.

(En caso de ser necesario usar el reverso para extender sus respuestas)

Nombre: _____

Dirección _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Trabajo: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Sexo: Femenino ___ Masculino ___ Edad: _____ Fecha de Nacimiento:

_____ Estado Civil: Casado(a) ___ Divorciado(a) ___ Soltero(a)

___ Viudo(a) _____ Ocupación: _____ Hobby(s)

Favorito(s): _____

Cómo se enteró de nosotros:

Prensa ___ Radio: ___ T V: ___ Referido: ___ ¿Por Quién?: _____

Otro: _____

Le ha recomendado su doctor que use la hipnosis: Si ___ No ___ El
nombre de su médico:

Por favor describa su Problema:

¿Cuánto tiempo lleva con este problema?

¿Ha buscado ayuda anteriormente? Explique

¿Cuáles son las limitaciones que ha tenido debido a este problema?

¿Cree usted que las emociones lo controlan?

¿Se siente frustrado(a)? _____

¿Se siente a veces sin energías? _____

Cree usted, ¿que el estar libre de su problema es su mayor prioridad?

Si _____ No _____

Cree usted, que al liberarse de este problema pueda tener una mejor vida

Si _____ No _____

¿Tiene algún recuerdo de cuando estaba libre del problema?

Si _____ No _____

¿Porque quiere hacer este cambio en su vida?



¿Cuál de estos criterios es más importante para usted?

Enuméralas por prioridad:

___ Efectividad

___ Costo

___ Tiempo

___ Servicio

¿Ha sido usted hipnotizado alguna vez?

Si ___ No ___ Explique _____

¿Qué espera usted de la hipnosis?

¿Sabía usted que la hipnosis es 100% segura y no ofrece ningún riesgo?

Si _____ No _____

La información que usted ha proporcionado, a *Ricardo Castillo Olivares* es totalmente confidencial y no será divulgada a menos que usted de autorización por escrito.

Firma _____ Fecha _____

Declaración del cliente: Entiendo que *Ricardo Castillo Olivares*, es hipnoterapeuta independiente, que presta los servicios en el área de las comunicaciones y el auto mejoramiento personal, y que las intervenciones no son diagnósticos, psicológicas y/o médicas. Entiendo que el uso de la educación de la Hipnosis, o Coaching no está destinado a ser usado en el tratamiento de ninguna enfermedad, lesión o daño humano o para ningún otro propósito terapéutico. Si tengo alguna pregunta médica, consultaré a mi médico. Libero a *Ricardo Castillo Olivares* de cualquier daño a mi mismo o a mi propiedad, que surja de cualquier causa, asumo toda la responsabilidad y entiendo que mi participación es estrictamente voluntaria y a mi criterio.

Firma _____ Fecha _____