

FORMATO DE INSCRIPCIÓN

PROGRAMA MINDFULNESS REDUCCIÓN DEL ESTRES

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: F ____ M ____

Cédula _____

Correo Electrónico _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Profesión u ocupación: _____

Religión: _____

Estado de salud física actual: _____

Principal motivación para tomar el programa:

Experiencia previa en Mindfulness: _____

	SI	NO
Asisto a psicoterapia en la actualidad		
Me encuentro en período de duelo reciente (menos de tres meses) de relación de pareja o muerte de familiar muy cercano		
Tomo medicamentos tranquilizantes, antidepresivos o antipsicóticos		
Me encuentro con ataques de pánico en la actualidad		
He tenido intentos de suicidio		
He tenido hospitalizaciones por motivos de salud mental		
He sido diagnosticad@ con Trastorno borderline, trastorno psicótico (esquizofrenia o bipolaridad)		

En caso de tener alguna respuesta afirmativa, acudir a su terapeuta y solicitar una certificación que en estos momentos puede realizar el programa de MBSR.

En caso de las respuestas ser todas no, por favor firmar la siguiente declaración:

Declaro que no he padecido y en la actualidad no padezco de ningún trastorno mental diagnosticado ni me encuentro tomando medicación psiquiátrica:

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

Cédula: _____

Cualquier inquietud con gusto será atendida

3138230948/ 3115619200

Calle 127 #14-54, 407 Bogotá

www.conscienciaplena.com.co

www.mindfulnessbogota.com