



FICHA CADASTRAL

Nome:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Endereço:			
Cidade:	Estado:	Cep.:	
Telefone:	Celular:	CPF:	
Data de Nascimento: ___/___/___	Idade:	Estado Civil:	Nº de Filhos:
E-mail:			
Profissão:			

Recebeu acompanhamento médico no último ano?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Motivo:
Já fez (ou faz) tratamento por algum problema emocional?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Já teve problemas cardíacos?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual?
Tem fobia de algo?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual?
Toma algum medicamento?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual?
Ocorrência de epilepsia?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Quando?
Diabetes?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

Já procurou a Hipnose anteriormente?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Quais os Resultados:
Se o problema Desaparecesse completamente, você sentiria falta de algo?		

☼ Declaro que todas as informações apresentadas são verdadeiras;

☼ Declaro ter sido instruído (a) sobre a Hipnose e sobre o processo de Hipnoterapia;

☼ Permito que a Hipnoterapia seja realizada e fui informado de que todas as informações decorrentes do tratamento são confidenciais;

☼ Observando a legislação brasileira, o Hipnoterapeuta não ofereceu cura, nem realizou diagnósticos de doenças ou problemas;

☼ Fui informado de que a Hipnoterapia não substitui a orientação ou tratamento médico.

ATENÇÃO:

- » Não é permitida qualquer gravação de áudio e vídeo;
- » Mantenha o celular desligado durante toda a sessão;
- » É importante ir ao banheiro antes do início da sessão;
- » Não se deve consumir balas ou chicletes durante a sessão.

Data: ___/___/___

Assinatura: _____