



FICHA CADASTRAL PARA MENOR

Nome do (a) Menor:		
Endereço:		
Cidade:	Estado:	Cep.:
Telefone:	Celular:	CPF:
Data de Nascimento: ___/___/___	Nº de Irmãos:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
E-mail:		
Nome da Mãe:		
Nome do Pai:		
Nomes dos irmãos:		
Religião:		

Pais divorciados?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se sim, desde quando?
De "0" (pouca) a "10" (muita), qual você acha que é o nível de importância da religião para o (a) menor?		
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	
Dificuldades para Dormir?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Desde quando?
Algum problema com drogas (álcool, cigarro ou outras)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Quais?

Houve algum problema na gestação ou no parto?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Descreva:	
Algum evento na vida do (a) menor que você acha importante relatar?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Descreva:	
Já procurou a Hipnose anteriormente?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Quais os Resultados:	
Quais problemas você gostaria que fossem resolvidos?	
Descreva:	