

CUESTIONARIO DE CLIENTE NUEVO

Fecha: __/__/__*Nombres y Apellidos completos:**Fecha de Nacimiento:**Ciudad de nacimiento:**Domicilio (calle, número, piso, depto., ciudad)**Teléfono Particular:* _____ *Teléfono Celular:* _____*E-mail:* _____*Brevemente describe por qué estás interesado en tener atención personalizada. ¿Qué objetivos te gustaría que te ayude a lograr?*

Por favor, califica las siguientes áreas de tu vida en una escala de 1 a 10, siendo 1 muy pobre y 10 siendo excelente.

<i>Dimensión</i>	<i>Descripción</i>	<i>Puntaje</i>
Bienestar personal	(Salud mental, salud emocional, temperamento, Autocuidado, Espiritualidad)	
Tiempo libre	Balance Vida/Trabajo, experiencias, Creatividad, Hobbies, viajes	
Relaciones interpersonales	Familia, amigos, pareja, comunicación, tiempo de calidad	
Finanzas	Satisfacción de necesidades, acceso a comodidades, cumplir sueños, ahorro	
Trabajo	(Propósito, habilidades, competencias, crecimiento laboral, disciplina)	
Salud	Actividad Física, Alimentación, Calidad de Sueño, Estado de salud	
Educación	Formación Académica, Autoaprendizaje, disciplina)	

CUESTIONARIO DE CLIENTE NUEVO

Vida en Comunidad	Contribución, propósito, servicio	
Relación con la Naturaleza	Tiempo al aire libre, Calidad del medio ambiente, reciclaje, consumo, manejo de compostaje	
Vivienda	Comodidades, orden, limpieza, armonía, tranquilidad, iluminación,	

¿Qué más te gustaría que supiera sobre ti?

La atención personalizada tiene que ver también con el balance en la vida. Las habilidades para crear lo que deseas en un área de la vida se transferirán a otras áreas. Para cada una de las áreas de abajo, escribe lo que te gustaría lograr tan específicamente como sea posible. Se tan extenso como quieras.

Objetivos Profesionales:

Objetivos Financieros:

Objetivos Físicos (Salud):

Objetivos de Relaciones:

Objetivos Emocionales:

Objetivos Espirituales:

En el pasado, ¿Qué te ha ayudado a lograr objetivos que te propusiste?

¿Cuáles son algunas de tus fortalezas?

¿Qué habilidades adicionales necesitas para lograr tus objetivos?

Resumen de Vida

SALUD FÍSICA

Conductas

Poner una X si la respuesta es SI.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Me ejercito regularmente en una actividad que disfruto. | <input type="checkbox"/> Limito mi ingesta de azúcar. |
| <input type="checkbox"/> Consumo una dieta saludable y balanceada. | <input type="checkbox"/> Practico respiración profunda. |
| <input type="checkbox"/> Limito la ingesta de cafeína. | <input type="checkbox"/> Mi presión arterial es normal. |
| <input type="checkbox"/> No fumo. | <input type="checkbox"/> Limito mi ingesta de alcohol. |
| <input type="checkbox"/> Sé como relajar mi cuerpo. | <input type="checkbox"/> Duermo bien. |

Síntomas

Si nunca experimentas los siguientes síntomas, marca “0”. Si los experimentas ocasionalmente, marca “1”. Si los experimentas frecuentemente, marca “2”.

Cardiovascular

- El Corazón Martilla Fuertemente.
- Palpitaciones del Corazón.
- Dolores de Cabeza (punzante).

Respiratorio

- Respiración corta y superficial.
- Falta de Aliento.
- Asma.

Muscular

- Dolores de Cabeza (dolor constante).
- Dolor de Cuello, Espalda u Hombros.
- Espasmos Musculares.

Piel

- Acne.
- Caspa.
- Transpiración Excesiva.

CUESTIONARIO DE CLIENTE NUEVO

Gastrointestinal

- Malestar Estomacal.
- Exceso de Flatulencia.
- Constipación.
- Diarrea.

Sistema Inmunitario

- Alergias.
- Resfriados Frecuentes.
- Gripe Frecuente.
- Erupciones en la Piel.

¿Hay algún otro síntoma que experimentas que no este listado aquí? Si es afirmativo, por favor escríbelo.

¿Estás lidiando con alguna enfermedad? Si es afirmativo, por favor escríbelo.

¿Estas recibiendo algún cuidado medico para esta enfermedad? Si es afirmativo, por favor escríbelo.

Por cada una de estas declaraciones, si la respuesta es “sí” coloca una X.

SALUD EMOCIONAL

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> En general, soy una persona feliz. <input type="checkbox"/> Tengo buen sentido del humor. <input type="checkbox"/> Soy capaz de expresar la bronca apropiadamente. <input type="checkbox"/> Mi nivel de energía es bueno. <input type="checkbox"/> Raramente experimento antojos de azúcar. <input type="checkbox"/> Es inusual para mi sentirme triste. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Raramente soy crítico de otras personas. <input type="checkbox"/> Me amo incondicionalmente. <input type="checkbox"/> Tengo mucha iniciativa en el trabajo. <input type="checkbox"/> Mi mente raramente se acelera. <input type="checkbox"/> Acepto todas mis emociones. <input type="checkbox"/> Raramente me siento indefenso. |
|--|--|

RELACIONES

- Tengo una relación primaria positiva (esposa, pareja, o amigo íntimo)
- Les digo a mi familia y amigos frecuentemente que los amo y los aprecio.
- Tengo amigos que puedo llamar y pedirles ayuda cuando lo necesito.
- Paso tiempo de calidad con mis amigos y familia.
- He lidiado con viejas heridas y perdonado a mis amigos y familia.
- Me siento cómodo pasando tiempo a solas conmigo mismo.

CUESTIONARIO DE CLIENTE NUEVO**SALUD ESPIRITUAL Y SENTIDO DE PROPÓSITO**

- ___ Me siento conectado con una Fuente mucho más grande que yo.
- ___ Tengo una práctica espiritual regular como meditación u oración.
- ___ Tengo amigos con quienes puedo compartir mis creencias espirituales.
- ___ Se cuál es mi propósito en la vida.

PROFESIÓN

- ___ Me siento realizado en el trabajo o profesión que tengo ahora.
- ___ Tengo algunas habilidades y destrezas únicas.
- ___ Sé que quiero ser cuando crezca.
- ___ Tengo oportunidades para expresar mi creatividad en mi profesión.
- ___ Mi trabajo actual me paga lo que valgo.

PROSPERIDAD FINANCIERA

- ___ Me siento próspero.
- ___ Vivo dentro de mis posibilidades.
- ___ Mis tarjetas de crédito están pagas.
- ___ Sé que tener más dinero no es la respuesta a mis problemas.
- ___ Gasto y ahorro dinero sabiamente.
- ___ Pago mis cuentas a tiempo.
- ___ Mis declaraciones de impuestos están al día.

ASERTIVIDAD

- ___ Me siento cómodo diciendo no a mis amigos y familia.
- ___ Fácilmente expreso mis necesidades y puedo pedir contención.
- ___ Me siento cómodo en situaciones sociales nuevas.
- ___ Puedo discutir la crítica de mi conducta sin ponerme a la defensiva.
- ___ Soy capaz de confrontar a alguien que siento que está tomando ventaja de mi.
- ___ Fácilmente me felicito a mi mismo y a otros.