

INSTITUTO DE ESTUDIOS TRANSGENERACIONALES®
PSICOLOGÍA TRANSGENERACIONAL®
Innovación•Calidad•Conciencia de paz

Por favor llene el siguiente formato.

Le pedimos lo haga de forma completamente honesta y sin omitir ningún tipo de información que considere importante.

De ser posible, llene el documento de forma digital. Si prefiere llenarlo a mano le pedimos de la manera más atenta que la letra sea legible.

Agradecemos su interés por estudiar en el Instituto de Estudios Transgeneracionales.

DATOS GENERALES

Nombre del alumno/a: _____

¿Cómo se entero de nosotros? _____

ÁREA ESCOLAR

Último grado de estudios : _____

Título: _____

Universidad de procedencia: _____

Escuela o Facultad: _____

Área o especialidad de egreso: _____

Tipo de escuela: Privada () Pública ()

Titulado: Si () No ()

AREA LABORAL

Empresa o institución donde labora: _____

Dirección: _____

Puesto: _____ Tiempo de antigüedad en el puesto: _____

¿Los gastos de la Maestría ya están contemplados dentro de sus ingresos?

Si () No ()

¿Cuál sería la causa por la cuál sería probable que abandonara la maestría?

¿Por qué le interesa este programa académico?

EXPERIENCIA PREVIA EN EL TRABAJO DE LA PSICOLOGIA TRANSGENERACIONAL Y DE LAS CONSTELACIONES

¿Ha constelado alguna vez? Si () No ()

En caso de haberlo hecho ¿qué tema o temas ha trabajado?

¿Considera que esta maestría le dará apoyo en su desempeño profesional?

Si () No ()

Porqué?

¿Podrá aplicar los conocimientos adquiridos en el presente programa académico? Si () No () Por qué?

¿Con qué tipo de población cuenta para implementar la parte práctica en la presente maestría?

Mencione si tiene algún proyecto académico o laboral en el que este programa académico puede servirle:

¿Qué ámbitos de su vida personal se verán impactados ante la incorporación a la Maestría y cual será su posible repercusión?

Escriba una breve descripción suya:

Indique por favor si ha estado o está bajo tratamiento psicológico:

Si () No () Durante cuánto tiempo? _____

Cuáles fueron los motivos?

Indique por favor si ha estado o está bajo tratamiento psiquiátrico:

Si () No () Durante cuánto tiempo? _____

¿Cuáles fueron los motivos?

Durante ese tiempo, ¿estuvo medicado? Si () No ()

Qué medicamento o medicamentos tomó? _____

Durante cuánto tiempo? _____

Padece alguna enfermedad? Si () No ()

Cuál? _____

Recibe medicación para su tratamiento?

Si () No () Qué medicamentos? _____

Ha estado en tratamiento de adicciones? Si () No ()

Por cuánto tiempo? _____

Qué drogas consumió (incluye alcohol) ? _____

En qué institución se trató? _____

Ha tenido intentos de suicidio? Si () No () Cuándo? _____

Recibió ayuda profesional? Si () No ()

En qué institución se trató? _____

Algún familiar en la línea directa ha tenido intentos de suicidio? Si () No ()

Usted o algún miembro de su familia ha estado involucrado con cuestiones políticas, de guerrilla, o violencia social? Si () No ()

Dónde?

Cuándo?

EN CASO DE QUE ALGUNA DE LAS SITUACIONES ANTERIORMENTE MENCIONADAS SE PRESENTE A LO LARGO DE LA FORMACIÓN, ES RESPONSABILIDAD DEL ALUMNO/A INFORMAR A LA INSTITUCIÓN, ASÍ COMO, ACUDIR A LOS PROFESIONALES PERTINENTES PARA SU ATENCIÓN Y RECUPERACIÓN

MUCHAS GRACIAS!