

INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR DE RONDÔNIA - IESUR
FACULDADES ASSOCIADAS DE ARIQUEMES – FAAR



CLÍNICA DE PSICOLOGIA – FAAR
ADULTO

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: ___ M/F: ___

Religião: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Endereço(Rua): _____ Nº: _____

Bairro: _____

Cidade/Estado _____

Escolaridade: _____

Est. civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Separado Tempo de separados: _____

Nome do cônjuge: _____ Idade: _____

Tem filhos? Quantos e qual idade: _____

Atividade profissional atual: _____ Tempo de trabalho: _____

Renda familiar: menos de 01 S/M () 01 a 02 S/M () 03 a 05 S/M () Mais () _____

Já recebeu atendimento psicológico: _____

Local: _____ Motivo: _____

Atualmente foi encaminhado por alguma instituição ou alguém: () Sim () Não

Por quem: _____ (obs.: se tiver encaminhamento anexar à Triagem)

Motivo/ Queixa Atual: _____

Tem parentes recebendo atendimento psicológico na clínica FAAR/ Grau de parentesco: _____

Fones para contato: _____

Estagiário (a): _____ Período: _____

Contribuição por sessão de atendimento () R\$1,00 () R\$2,00 () R\$3,00 () R\$4,00 () R\$5,00 Obs: _____

Preferência de horário para atendimentos: () Manhã () Tarde

Ariquemes/RO _____ de _____ de 2015 Horas da triagem: _____

Termo de Consentimento

A partir das informações recebidas, autorizo uso sigiloso das informações de meu prontuário, para serem utilizadas em pesquisa científicas.

Nome

RG

Obs.: Favor preencher a Triagem com letra legível – Descrever a queixa no verso, de forma que fique claro o motivo pelo qual o cliente procurou o atendimento.

