**Solicitud de Inscripción**

**MBSR. Programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness**

**Edad:**

**Profesión:**

**Teléfono contacto:**

**Email:**

**Nombre y Apellidos:**

**NIF/CIF:**

**Dirección postal:**

**Ciudad y Código Postal:**

Le agradecemos que rellene estas preguntas para valorar la idoneidad del Programa en su caso. Tenga seguridad que esta documentación se trata con la debida confidencialidad. Si tiene alguna duda o reserva puede solicitar información en [mbsr.alpgc.info@iomindfulness.es](mailto:mbsr.alpgc.info@iomindfulness.es)

¿Cómo conoció este programa?

Búsquedas internet

Por recomendación

Por Radio o revistas

Información directa del Ayuntamiento

Otros

¿Toma medicamentos en este momento (indíquelos)?

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

¿Está en tratamiento psicológico o psiquiátrico? Sí No

¿En caso afirmativo, podría indicar el motivo? ..................................................................

¿En caso afirmativo, apoya su terapeuta su interés en el curso? Sí No

¿Ha tenido problemas de epilepsia o brotes sicóticos alguna vez Sí No

¿Qué es lo que más satisfacción le produce en la vida? ...........................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………

¿Qué es lo que más le preocupa?

........................................................................................................................................................................................................................................................................................

Indíquenos por favor sus tres principales objetivos para este programa.

............................................................................................................................................

............................................................................................................................................

............................................................................................................................................

¿Hay alguna otra cosa que quisiera preguntar o comentar en relación con este curso?

........................................................................................................................................................................................................................................................................................

¿Tienes algún tipo de discapacidad? Sí No

¿Puedes indicarnos de qué tipo? ..................................................................

¿Necesitas algún tipo de atención especial que debamos saber?

........................................................................................................................................................................................................................................................................................

Este Programa está diseñado como un entrenamiento progresivo para realizarlo en grupo. Su participación implica la asistencia a las sesiones y dedicar aproximadamente 45 min. al día para realizar diversos ejercicios de relajación, observación y estiramientos, que facilitan procesos de atención, autoconciencia, renovación y la relajación. En ningún caso los ejercicios serán obligatorios y queda siempre a criterio del participante cuando y como realizarlos, de acuerdo con sus posibilidades físicas. Este curso no es propiamente una terapia, ya que no se realizan diagnósticos ni trata sobre su medicación o tratamiento médico. Es una intervención psico-educativa que trata sobre el entrenamiento de la atención en el cuerpo y la mente. Si tiene alguna duda puede consultarla antes de inscribirse.

Firme aquí indicando que ha sido informado del programa y de la metodología

Nombre:

Fecha: