# FLUIDOTERAPIA

| Data de Hoje | Início do tratamento | Alta do tratamento |
|---|---|---|
| / / | (deixe em branco) | (deixe em branco) |

| Nome completo | Idade |
|---|---|
| | |

| Rua, nº, complemento, Bairro, Cidade |
|---|
| |

| Tel. Celular | Tel. Residencial | Tel.Comercial | E-mail |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | |
|---|---|
| Trabalha? ( )sim ( )não | Faz tratamento médico? ( )sim ( )não |
| Faz uso de calmantes? ( )sim ( )não | Tem vícios? ( )sim ( )não. Informe: |
| Faz uso de medicamento alternativo?<br>( )sim ( )não. Informe: | Tem insônia com frequência? ( )sim ( )não |
| Dorme bem? ( )sim ( )não | Tem pesadelos com frequência? ( )sim ( )não |
| Tem alguma doença neurológica? ( )sim ( )não. Informe: | Faz tratamento psicológico e/ou psiquiátrico?<br>( )sim ( )não. Informe: |
| Já participou de alguma atividade ligada a mediunidade? ( )sim ( )não Informe: | Aceita participar de grupo de apoio? ( )sim ( )não<br>Aceita receituário? ( )sim ( )não |
| Aceita tratamento de desobsessão?( )sim ( )não | Aceita tratamento espiritual? ( )sim ( )não |
| Observações: | |

O que motivou você a procurar essa orientação?

Entrevistador(a):_____