


FECHA: _____/_____/2008 HORA _____:

Evaluar la utilidad de la sesión anterior: 0 No creo que sirvió para nada ↔ 5 Sirvió mucho: 0 -- 1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

ANTES de la sesión: Determinar Zona	¿Te duele alguna parte de tu cuerpo ahora mismo ? 1 Ligeras molestias ↔ 5 Dolor insoportable Sin -- 1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5 ¿ Ahora mismo cual es tu nivel de cansancio? 0 Sin cansancio ↔ 5 Agotado 0 -- 1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	¿ Ahora mismo cual es tu grado de nerviosismo? 0 No me siento nervioso ↔ 5 Nervios insoportables 0 -- 1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5 ¿ Ahora mismo cual es tu nivel de ansiedad? 0 sin ansiedad ↔ 5 alto nivel de ansiedad 0 -- 1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5
DURANTE la sesión		
	Participante	Terapeuta
Sensaciones físicas		
Emociones		
Estado mental		
Descripción general de estado		
DESPUES de la sesión: Determinar Zona	¿Te duele alguna parte de tu cuerpo ahora mismo ? 1 Ligeras molestias ↔ 5 Dolor insoportable Sin -- 1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5 ¿ Ahora mismo cual es tu nivel de cansancio? 0 Sin cansancio ↔ 5 Agotado 0 -- 1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5	¿ Ahora mismo cual es tu grado de nerviosismo? 0 No me siento nervioso ↔ 5 Nervios insoportables 0 -- 1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5 ¿ Ahora mismo cual es tu nivel de ansiedad? 0 sin ansiedad ↔ 5 alto nivel de ansiedad 0 -- 1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5
Observaciones Generales:		

Nombre:		Apellidos:		
Edad:	Profesión:	Servicio:		
Teléfono:		Mail:		

Motivo sesión	Descripción
Dolencia Física	<input type="checkbox"/>
Trastorno Emocional	<input type="checkbox"/>
Cansancio/estrés	<input type="checkbox"/>
Curiosidad	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

Antecedentes	Descripción
Operaciones	<input type="checkbox"/>
Enfermedades	<input type="checkbox"/>
Tratamientos <i>actuales</i>	<input type="checkbox"/>

Problemas de Sueño

- Sin problemas
- A veces me cuesta dormir
- Sufro de insomnio con frecuencia
- Sufro de insomnio constantemente

Trabajo

- Grado de Satisfacción en el puesto:
- 0 Muy insatisfecho ↔ 5 Muy satisfecho
0 -- 1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Estrés

- Grado de estrés
- 0 No me siento estresado ↔ 5 Estrés intolerable
0 -- 1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5

Fundación Sauce

Terapias Complementarias

Servicio de Bienestar Hospitalario



FICHA DE SESIÓN DE REIKI

Nombre Terapeuta:

Nombre Participante:

Declaración de Privacidad

Esta ficha contiene información de carácter confidencial. El contenido de la misma formará parte de los datos recopilados por la Fundación Sauce conforme a la LORTAD 5/1992, de 29 de octubre sobre tratamiento de datos, bajo el número de registro de fichero 2061510208. Las únicas personas que pueden tener acceso a este documento son las personas que dan y reciben la sesión de Reiki, y la dirección de la Fundación Sauce con el propósito de mantener un seguimiento y control de las sesiones. Los datos recopilados en ésta ficha podrán ser usados de forma anónima para las estadísticas de la Fundación Sauce.

Estoy de acuerdo,
firma participante: