

Coaching Integral de Vida Formulario de Registración del Cliente

Fecha: _____

DX (Terapeuta): _____

Apellido: _____ Nombres: _____

Sobrenombre: _____ Sex: M F ____ SS# _____ DOB _____

Domicilio: Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado: _____

C.P. _____ Tel. de Casa _____ Celular # _____ Trabajo# _____

Email _____

Persona de contacto de emergencia: Nombre completo _____

Teléfono: _____ Relación: _____

Estado Civil: Casado ____ Soltero ____ Separado ____ Divorciado ____ Viudo ____

Medicamentos: _____

Nombre de su médico de cabecera: _____

Nombre de la clínica: _____ Teléfono: _____

Nombre Completo del Cliente _____ Fecha _____

Firma del cliente _____ Fecha _____

Si el cliente es menor de edad:

Nombre completo del padre _____

Firma del padre _____ Fecha _____

Nombre completo de la madre _____

Firma de la madre _____ Fecha _____

VISIÓN GENERAL

¿Cuáles son las razones (problemas, desafíos, circunstancias) que te trajeron aquí (para trabajar con un life coach)?

Los problemas que necesito ayuda son:

En una escala de 1-10, ¿qué tan intensamente experimenta este/estos problema/s?, 10 siendo el más intenso, siendo 1 el menos.

Enumere lo que ha hecho hasta ahora para tratar de resolver el problema. ¿Actualmente está trabajando con alguien más para resolver tus dificultades?

Enumere por qué o cómo estos problemas afectan su vida ¿por qué son un problema?:

¿Cuánto tiempo ha sido esto un problema o lucha en su vida?

¿Cuándo no lo ha tenido?

¿Qué creó específicamente este problema? ¿Qué pasos lo llevaron a manifestarse?

¿Cómo te sientes sobre el problema (qué emociones están presentes)?

Describe a su familia dentro de este contexto actual, también tu infancia en relación con la situación actual (¿cuál es la relación entre tus experiencias pasadas y el problema actual?):

¿Hay un propósito o una razón para tener este problema?

¿Cómo sabrás cuando el problema ha desaparecido totalmente? ¿cómo será o se sentirá?

¿Cómo se sentirá / se verá en su vida cuando el problema se haya ido?

¿Está usted dispuesto a tomar las medidas necesarias para liberar el problema de su vida / resolver el problema?

En una escala del 1 al 10, ¿Cuál es su nivel de compromiso en tiempo, dedicación, y recursos para superar este problema? Siendo 1, no comprometido para nada, y 10 muy comprometido.

Mis metas más importantes son:

Las áreas en las que lucho más son:

Paso la mayor parte de mi tiempo en (o haciendo):

Paso mucho tiempo pensando en:

Mi definición de éxito es:

Mi definición de bienestar y salud es:

¿Qué área de su vida le gustaría mejorar (salud, relaciones, familia, finanzas, carrera, espiritualidad o auto-desarrollo)?

¿Qué áreas son más difíciles de mejorar: la familia, las relaciones, la carrera, las finanzas, la salud, la espiritualidad, la auto-conciencia / auto-desarrollo)?

¿Usted trata de encontrar el equilibrio entre tus necesidades personales, obligaciones de la vida, vida social y trabajo? Si es así, cuando el tiempo es apretado, ¿cuál es la primera área que se corta?

¿Qué es lo que más encuentras desafiante en la vida (relaciones, trabajo, dinero, familia, etc.)?

¿Qué es más difícil para ti el equilibrio o la disciplina?

¿En qué áreas te gustaría ver sanación / crecimiento?

¿Cuáles son algunas de las cosas que siente que te limitan en el crecimiento o te bloquean de la vida a tu capacidad máxima?

¿Qué es lo que más le apasiona en la vida? ¿Sientes que estás viviendo su propósito?

¿En qué te gustaría sentir o ser diferente, mejor o más en su vida?

¿Qué te gustaría tener, ser o hacer más en tu vida?

¿Qué crees que es lo más hermoso o positivo del mundo? ¿Lo peor?

¿Cuáles son las cosas por las que usted está muy agradecida en la vida?

Cuando usted ha tenido un día largo y realmente necesita "recargar" ¿elegiría estar en casa y tener un poco de tiempo solo o salir y socialmente interactuar?

Cuando experimenta estrés, sentimientos negativos y / o emociones, ¿qué hace normalmente para lidiar con ellos? ¿O qué hace para evitar sentirse mal? ¿Cómo escapar o procesarlos? Por favor enumere las maneras positivas y negativas de hacer esto.

FÍSICO

Nutrición

Escriba su consumo diario promedio de alimentos (comidas y lo que se compone, así como qué hora del día):

¿Cuál crees que tu mayor lucha, desafío, problema o problema es en el área de la alimentación / nutrición para ti? ¿Qué sientes que son tus mayores retos con la dieta y la nutrición?

¿Dónde (qué tiendas o mercados) compra de comestibles?

¿Con qué frecuencia come productos lácteos?

¿Con qué frecuencia come productos de trigo y trigo (pan, arroz, pasta, etc.)?

¿Cuál es su placer culposo (comida o bebida)?

¿Qué alimentos / bebidas favoritas no puedes vivir sin?

¿Qué alimentos realmente te gustan?

¿Qué alimentos le disgustan o tienen una reacción negativa?

¿Cuál es tu comida favorita?

¿Cuándo anhelan tus comidas favoritas (noche, fines de semana, etc.)?

¿Con qué frecuencia comes comidas rápidas?

¿Con qué frecuencia, cuánto y qué tipo de alcohol consumes?

¿Cuántas porciones o frutas comes todos los días?

¿Cuántas porciones de vegetales comes todos los días?

¿Qué fuentes y cuánta proteína comemos todos los días (pescado, pollo, huevos, carne, polvo de proteína de suero de leche, etc.)?

¿Cuántas porciones de cereales (arroz, avena, pan, pasta, etc.) comes por día y qué tipo?

¿Cuánta agua (cuántos vasos de 8 onzas) consume por día?

¿Es típicamente su hábito alimenticio; dejar de comer cuando se sienta lleno, cuando el plato está vacío, volver por un segundo plato, o se olvida de comer con frecuencia?

¿Comes típicamente rápidamente, velocidad normal o lentamente?

¿Cuántas veces al día comes?

¿Cuántos dulces (caramelos, azúcar, postres) comen al día?

¿Cuántas de tus comidas diarias tienen condimentos o aderezos en ellos?

¿Con qué frecuencia come alimentos enlatados, pre preparados o congelados? ¿Qué tipos?

¿Cuántas veces por semana comes fuera?

¿Cuántas bebidas con cafeína (café, té, refrescos) bebes por día y qué tipo?

Fitness

¿Cuáles sientes que son tus mayores desafíos con el ejercicio?

¿Con qué frecuencia hace ejercicio y por cuánto tiempo cada sesión?

¿Cuánto tiempo llevas haciendo ejercicio? ¿Te consideras consistente?

¿Hiciste alguna clase de deporte? ¿Practicaste deportes en la escuela secundaria o en la universidad?

¿Qué actividades físicas más disfrutas (baile, ciclismo, senderismo, surf, etc.)?

¿Qué pasatiempos te gustan en la vida o qué cosas te gusta hacer / quieren hacer por diversión (pueden ser físicas o no físicas)?

¿Qué es lo que menos disfrutas sobre el ejercicio?

¿Qué áreas de tu cuerpo sientes que son las más fuertes?

¿Qué áreas de tu cuerpo sientes que son las más débiles?

¿En qué áreas de tu cuerpo quieres ver más cambios?

¿Calificaría su capacidad cardiovascular como buena, media o pobre?

¿Calificaría su flexibilidad como buena, media o pobre?

¿Inicias los programas de ejercicios y encuentra que es difícil seguir con ellos o continuar con ellos después de un período de tiempo?

¿Cuáles han sido las razones por las que desea tener un coach en esta área?

¿Cuál es su meta más alta o más importante para lograr en su condición física?

Historia personal y familiar

¿En qué áreas le gustaría ser diferente, mejor o más en tu mundo físico (salud, fitness, nutrición y / o cosas que tienes en tu vida)?

Por favor, escriba un breve resumen médico y personal de antecedentes médicos familiares. Por favor incluya fechas junto a cualquier enfermedad, lesión, cambio de vida importante o pérdida. Asegúrese de enumerar cualquier condición médica y medicamentos (incluya la dosis):

Ejemplo: afro-americano (padre), Medio Oriente (madre), culturalmente criado en medio ambiente oriental (comida, tradiciones, etc.).... creció en Nebraska).

Describa su estado actual de salud en su cuerpo físico:

¿Fumas cigarrillos o usa drogas, si es así, cuánto y con qué frecuencia?

¿Tienes presión arterial alta o colesterol alto?

¿Cuándo fue la última vez que realizó el análisis de sangre? ¿Cómo fueron los resultados?

¿Fecha de su último examen físico?

Fecha de su último examen de la vista.

Fecha del último examen / limpieza dental.

¿Tiene usted sobrepeso? Si es así, ¿cuánto?

Historia de enfermedades mentales (suyas o de su familia, incluyendo los que viven con usted). Cualquier miembro de la familia con enfermedad mental, depresión, enfermedades del corazón, diabetes, cáncer, obesidad, trastornos alimentarios, otras enfermedades, enfermedades o condiciones.

¿Toma vitaminas y / o suplementos, si es así, qué tipo y con qué frecuencia?

¿Está tomando algún medicamento (por favor, indique la dosis y la información en detalle de nuevo aquí)?

¿Le han diagnosticado alguna enfermedad, enfermedad o trastorno?

¿Alguna vez ha recibido algún consejo o advertencia con respecto al ejercicio físico por parte de un médico?
¿Cuáles han sido?

Hábitos de vida

¿Qué días de la semana trabaja?

¿Disfrutas de tu trabajo? Si es así, ¿qué es lo que más le gusta? En caso negativo, ¿qué es lo que le parece insatisfactorio? ¿Sientes que estás haciendo lo que estas llamado a hacer o estás viviendo tus sueños?

¿Cuántas horas duermes en la noche?

¿Qué tan seguido vas de vacaciones? ¿Cuándo fueron tus últimas vacaciones, dónde estuvo y cuánto tiempo estuvo allí?

¿Cuánto tiempo pasas al aire libre y haciendo qué actividades, paseando a tu perro, jardinería, ir a la playa, cafés al aire libre, etc.?

EMOCIONAL

¿En qué aspectos de tu vida emocional te gustaría ser diferente mejor o más (sentimientos, emociones, relaciones - con uno mismo y con los demás)?

¿Consideraría su educación sana o disfuncional?

¿Con quién pasas la mayor parte de tu tiempo? ¿Es satisfactoria esta relación?

¿Cuál es su nivel de actividad en la comunidad? ¿Tiene un grupo de amigos con quienes te ves regularmente?

¿Alguna vez ha experimentado abuso físico, emocional, verbal, espiritual o sexual?

¿Qué cosas recreativas (agradables y relajantes) disfrutas? ¿Con qué frecuencia los haces?

¿Qué te gusta de ti? ¿Qué no te gusta de ti mismo?

¿Tienes emociones negativas que todavía sientes ahora que tienen que ver con cosas que han sucedido en el pasado?

¿Tiene usted cólera, resentimiento o falta de perdón hacia cualquier persona, lugar, cosa o situación (incluyendo a Dios)?

¿Cuántas veces usted ve o habla con amigos?

Escribe una breve descripción de cómo te has percibido a ti mismo (tu mente, cuerpo, etc.) para la mayoría de tu vida y cualquier cambio reciente en ese aspecto.

Escribir una breve descripción de tu relación con la comida y el ejercicio (y el cuidado de tí mismo) en el pasado y el presente.

Escribir una breve descripción de su relación con usted en el pasado y el presente.

Escribe una breve descripción de tu relación con otros (familia, amigos, amantes / parejas) en el pasado y el presente.

¿Te sientes muy satisfecho, moderadamente satisfecho o insatisfecho con tu vida la mayor parte del tiempo?

¿Estás solo o en una relación?

¿Con qué frecuencia usted y su cónyuge salen juntos?

¿Estás satisfecho con tu vida sexual?

¿Estás contento con tu relación y / o estado de la relación? ¿Qué podría hacerlo más satisfactorio?

Cuando algo te molesta, ¿tiende a enojarse, a ponerse triste, a sentirse frustrado, a callarse, a llorar, a ignorarlo o a hablar de ello?

¿Cuáles han sido las pérdidas más significativas y los principales cambios de vida que ha experimentado?

Cuando experimentó estas pérdidas / cambios, ¿qué herramientas usó para lidiar con ellas? Comida, televisión, sexo, drogas, sueño, alcohol, cierre / evasión, compras, ira, lectura y otros.

¿Te sientes satisfecho con tu vida personal?

MENTAL

¿Cuáles son las 5 cosas / características que más valora en la vida (ejemplo: integridad, amor, éxito, dinero, amistad, apoyo, libertad, etc.)? Sírvase enumerarlos en orden de importancia para usted (1 siendo la prioridad más alta y 5 la más baja).

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

¿Eres más optimista o pesimista?

¿Qué es lo que más te gusta?

¿Son tus pensamientos felices, estresantes, tristes, etc.?

¿Qué te gustaría ser diferente, o mejor en el área 'mental' de tu vida (pensamientos, patrones, hábitos y autopercepciones)?

Cuando tienes pensamientos acerca de ti mismo, ¿Cómo son? Cuando te ves en el espejo, ¿qué piensas normalmente?

¿Con qué frecuencia aprendes cosas nuevas a través de la lectura, la investigación, la toma de clases o seminarios o tener discusiones con los demás?

Cuando pasas tiempo pensando en ti y en tu vida ¿qué sentimiento (física o emocionalmente) sientes después (ejemplo: ansioso, estresado, feliz, positivo, esperanzado, con fuerza, desamparado, agotamiento, abrumado, neutral - no diferente)?

ESPIRITUAL

¿Cuáles son tus creencias espirituales?

¿Tienes alguna asociación negativa con alguna experiencia espiritual o religiosa en el pasado?

¿Cómo elige practicar tus creencias?

¿Con qué frecuencia oras? ¿Con qué frecuencia meditas?

¿Cómo crees que tu vida espiritual podría ser fortalecida?

¿Qué te gustaría ser diferente, o mejor en tu vida espiritual?