



SECRETARÍA DE DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL
INSTITUTO MUNICIPAL DE LA FAMILIAR
ASESORÍA U ORIENTACIÓN FAMILIAR

REGISTRO DE ASESORÍA U ORIENTACIÓN FAMILIAR

Fecha: _____ Sede: _____

Nombre de quien recibe el servicio: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Teléfono: _____ Colonia: _____

Delegación: _____

MOTIVO MANIFIESTO DE ASESORÍA U ORIENTACIÓN

De las siguientes situaciones, señale las que considera que son en este momento los principales motivos por los que requiere orientación:

- () Duelo ¿Cuál? _____
- () Problemas de pareja ¿Cuál? _____
- () Dificultad en la educación de los hijos
- () Alteraciones del estado de ánimo ¿Cuál? _____
- () Búsqueda de sentido de vida
- () Desacuerdos por separación o divorcio
- () Desorganización familiar
- () Elevado estrés familiar
- () Conductas de riesgo ¿Cuál? _____
- () Problemáticas relacionadas con la sexualidad
- () Otro: _____

Observaciones relevantes (derivaciones, situaciones de riesgo, condicionantes para la consultoría, otros): _____

¿Fue de utilidad la asesoría? Sí _____ No _____

De haber sido de utilidad, favor de señalar en qué:

¿Desea integrarse al Programa de Consultoría familiar? Sí _____ No _____

Nombre de la
Persona facilitadora

Nombre de la
Persona asesorada