

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Ciencias de la Salud

Cartilla de registro del proceso de psicoterapia individual



Nombre del alumno:

Matricula:

Semestre:

Grupo:

Período:

Modalidad: **INDIVIDUAL**

Nombre del terapeuta:

Sesión	Fecha	Hora	Firma	Observaciones
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Sesión	Fecha	Hora	Firma	Observaciones
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				

Sesión	Fecha	Hora	Firma	Observaciones
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				

Formato recibido el día: _____

Firma del alumno: _____

Firma de recibido del responsable	Sello

Nota: entregar primero digitalizado vía correo electrónico para agendar cita de entrega de constancia de liberación y posteriormente originales en físico al recogerla.

Responsable: Oscar Siqueiros Frayre

oscar.siqueiros@uabc.edu.mx

Coordinación: Rubén Vargas Jiménez

ruben.vargas.jimenez@uabc.edu.mx

E= Excelente S= Satisfactorio R= Regular I= Insatisfactorio

Su consistencia en la asistencia fue: ()

La responsabilidad mostrada fue: ()

El compromiso e interés en el proceso terapéutico fue: ()

En general el avance dentro de la terapia fue: ()

Recomendaciones u observaciones:

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Ciencias de la Salud

Cartilla de registro del proceso de psicoterapia grupal



Nombre del alumno:

Matricula:

Semestre:

Grupo:

Período:

Modalidad: **GRUPAL**

Nombre del terapeuta:

Sesión	Fecha	Hora	Firma	Observaciones
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Sesión	Fecha	Hora	Firma	Observaciones
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

E= Excelente S= Satisfactorio R= Regular I= Insatisfactorio

Su consistencia en la asistencia fue:

()

La responsabilidad mostrada fue:

()

El compromiso e interés en el proceso terapéutico fue:

()

En general el avance dentro de la terapia fue:

()

Recomendaciones u observaciones:

Formato recibido el día: _____

Firma del alumno _____

Firma de recibido del responsable	Sello

Nota: entregar primero digitalizado vía correo electrónico para agendar cita de entrega de constancia de liberación y posteriormente originales en físico al recogerla.

Responsable: Oscar Siqueiros Frayre
oscar.siqueiros@uabc.edu.mx
Coordinación: Rubén Vargas Jiménez
ruben.vargas.jimenez@uabc.edu.mx