



Ficha de inscripción para el **Programa de Bienestar Cognitivo en Personas Mayores** en Bollullos de la Mitación

Nombre:

Apellidos:

Edad:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

*Marque si tiene alguna de estas enfermedades o síntomas:*

Trastorno por Depresión

Alzheimer u otras demencias

Epilepsia

Trastorno de Ansiedad

Trastorno bipolar

Fibromialgia

Traumatismos craneoencefálicos

Esquizofrenia

Sentimientos de tristeza

Trastornos vasculares cerebrales

Parkinson

Abuso de sustancias

Trastorno endocrinos

Trastorno obsesivo compulsivo

Trastorno de personalidad

Si duda si padece alguna de las enfermedades mencionadas, consulta a su médico.

*Marque si utiliza alguno de estos recursos:*

Actividades grupales. Indique cuáles:

Terapia de grupo.

Terapia psicológica individual.

*Marque su nivel de escolaridad o formación:*

No fue a la escuela y no aprendió a leer ni a escribir.

No fue a la escuela pero aprendió a leer y escribir.

Finalizó la escolarización a la edad de \_\_\_\_\_.