



APERTURA DE EXPEDIENTE INTERNO

Servicio de Sexología Holística Interdisciplinaria

Estimado/a usuario/a:

Con el fin de organizar adecuadamente su expediente interno y preparar de manera responsable su proceso de atención en sexología holística interdisciplinaria, se le solicita completar la siguiente información de forma clara, completa y veraz.

La información brindada será utilizada exclusivamente para fines relacionados con su proceso de acompañamiento, organización administrativa, apertura de expediente interno, continuidad de la atención y seguimiento correspondiente. Debido a que algunos datos pueden ser sensibles, se le solicita completar este formulario en un espacio privado y remitirlo únicamente por los medios oficiales indicados por el Centro Internacional de Salud Sexual Dr. Andrés Salas.

La información solicitada no sustituye una valoración médica, psicológica especializada ni de otra disciplina profesional. En caso de identificarse una situación que requiera atención médica, se le orientará para acudir a un profesional competente de la medicina, legalmente autorizado para ejercer en el país donde usted reside o donde decida recibir dicha atención.

I. Datos generales de identificación

Documento de identidad / DNI / número de cédula: _____

Tipo de identificación

☐ Nacional costarricense

☐ Pasaporte

☐ Extranjera

☐ Otro: _____

Nombre completo: _____

Primer apellido: _____

Segundo apellido: _____



Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Género: _____

Estado civil:

- ☐ Soltero/a
☐ Casado/a
☐ Unión libre
☐ Divorciado/a
☐ Separado/a
☐ Viudo/a
☐ Otro: _____

Orientación sexual:

- ☐ Heterosexual
☐ Gay
☐ Lesbiana
☐ Bisexual
☐ Pansexual
☐ Asexual
☐ Prefiero no indicarlo
☐ Otro: _____

Pag. 2

II. Datos de contacto

Móvil: código de área _____ número telefónico _____

Fijo: código de área _____ número telefónico _____

Oficina: código de área _____ número telefónico _____

¿Utiliza WhatsApp?

- ☐ Sí
☐ No

¿Utiliza Telegram?

- ☐ Sí
☐ No



Correo electrónico:

Facebook — opcional: _____

Instagram — opcional: _____

III. Lugar de residencia

País de residencia:

Provincia / Estado / Departamento:

Cantón / Municipio / Ciudad:

Distrito / Localidad / Comunidad:

Dirección física exacta:

IV. Información académica y ocupacional

Nivel de escolaridad:

☐ Primaria incompleta

☐ Primaria completa

☐ Secundaria incompleta

☐ Secundaria completa

☐ Técnico / Diplomado

☐ Universitario incompleto

☐ Universitario completo

☐ Posgrado

☐ Maestría

☐ Doctorado

☐ Otro: _____



Profesión u oficio actual que ejerce:

Lugar de trabajo actual — opcional:

V. Antecedentes familiares de enfermedad

Indique si alguna persona de su familia o pareja actual / anterior presenta o presentó alguna enfermedad relevante. Puede incluir enfermedades físicas, hormonales, metabólicas, cardiovasculares, neurológicas, psiquiátricas, oncológicas, sexuales, infecciosas u otras que considere importantes.

Parentesco	¿Viva o fallecida?	Enfermedad que tiene o tuvo
Padre	☐ Viva ☐ Fallecida	
Madre	☐ Viva ☐ Fallecida	
Hermano	☐ Viva ☐ Fallecida	
Hermana	☐ Viva ☐ Fallecida	
Tío	☐ Viva ☐ Fallecida	
Tía	☐ Viva ☐ Fallecida	
Abuelo paterno	☐ Viva ☐ Fallecida	
Abuela paterna	☐ Viva ☐ Fallecida	
Abuelo materno	☐ Viva ☐ Fallecida	
Abuela materna	☐ Viva ☐ Fallecida	
Pareja actual	☐ Viva ☐ Fallecida	
Parejas anteriores	☐ Viva ☐ Fallecida	



Otros antecedentes familiares relevantes:

VI. Enfermedades personales actuales o previas

Indique las enfermedades, condiciones o diagnósticos personales que tiene actualmente o que haya tenido en el pasado.

Nombre de la enfermedad o condición	Estado actual: resuelta / en control / activa	Fecha de diagnóstico	Exámenes aplicados	Medicamento usado	Dosis utilizada	Médico tratante	Especialidad
		Día: ____ Mes: ____ Año: ____					
		Día: ____ Mes: ____ Año: ____					
		Día: ____ Mes: ____ Año: ____					
		Día: ____ Mes: ____ Año: ____					
		Día: ____ Mes: ____ Año: ____					
		Día: ____ Mes: ____ Año: ____					
		Día: ____ Mes: ____ Año: ____					
		Día: ____ Mes: ____ Año: ____					
		Día: ____ Mes: ____ Año: ____					
		Día: ____ Mes: ____ Año: ____					



Observaciones adicionales sobre su salud personal:

VII. Alergias, reacciones negativas y sensibilidad a medicamentos o alimentos

¿Es alérgico/a algún alimento?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No lo sé

En caso afirmativo, indique a cuáles alimentos:

¿Algún procedimiento quirúrgico o médico le ha provocado una reacción negativa?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No lo sé

En caso afirmativo, indique cuál procedimiento y qué reacción presentó:



¿Es alérgico/a algún medicamento o algún medicamento le ha provocado una reacción negativa?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No lo sé

En caso afirmativo, indique el nombre del medicamento y la reacción presentada:

Pag. 7

VIII. Uso de sustancias o drogas

¿Usó drogas o sustancias psicoactivas en el pasado?

- ☐ Sí
☐ No
☐ Prefiero comentarlo durante la sesión

En caso afirmativo, indique el nombre de cada sustancia utilizada en el pasado:



¿Usa drogas o sustancias psicoactivas actualmente?

- ☐ Sí
☐ No
☐ Prefiero comentarlo durante la sesión

En caso afirmativo, indique el nombre de cada sustancia utilizada actualmente:

Pag. 8

Frecuencia de uso actual, si corresponde:



IX. Procedimientos quirúrgicos

¿Le han realizado algún procedimiento quirúrgico?

☐ Sí

☐ No

☐ No lo recuerdo con precisión

En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Nombre del procedimiento quirúrgico	Enfermedad o motivo del procedimiento	Estado actual: de alta / en recuperación	Fecha del procedimiento	Médico que lo realizó	Especialidad del médico
			Día: ____ Mes: ____ Año: ____		
			Día: ____ Mes: ____ Año: ____		
			Día: ____ Mes: ____ Año: ____		
			Día: ____ Mes: ____ Año: ____		
			Día: ____ Mes: ____ Año: ____		
			Día: ____ Mes: ____ Año: ____		
			Día: ____ Mes: ____ Año: ____		
			Día: ____ Mes: ____ Año: ____		
			Día: ____ Mes: ____ Año: ____		
			Día: ____ Mes: ____ Año: ____		
			Día: ____ Mes: ____ Año: ____		

Observaciones adicionales sobre procedimientos quirúrgicos:



XI. Medio por el cual conoció el centro

Indique por cuál medio conoció el Centro Internacional de Salud Sexual Dr. Andrés Salas:

- | | |
|--|---|
| ☐ Chat de inteligencia artificial | ☐ Televisión |
| ☐ Instagram | ☐ Radio |
| ☐ Facebook | ☐ Revista |
| ☐ Telegram | ☐ Referencia de un amigo |
| ☐ TikTok | ☐ Referencia de un profesional de la salud |
| ☐ YouTube | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Búsqueda en Google | |
| ☐ Sitio web | |

Si fue por referencia de un amigo, indique el nombre:

Si fue por referencia de un profesional de la salud, indique nombre y especialidad:

XII. Declaración de veracidad y autorización para uso interno de la información

Declaro que la información brindada en este formulario es verdadera y completa según mi conocimiento actual. Comprendo que esta información será utilizada para la apertura y organización de mi expediente interno, preparación de la atención, seguimiento del proceso y gestión administrativa relacionada con mi reserva. Comprendo que puedo solicitar aclaraciones sobre el uso de esta información y que, si durante la atención surge información adicional relevante, podré ampliarla o corregirla. Asimismo, comprendo que este formulario no sustituye el consentimiento informado del servicio, el cual deberá ser leído, comprendido y aceptado antes de iniciar formalmente el proceso de atención.

Nombre de la persona usuaria: _____

Documento de identidad: _____

Firma (puede ser digital): _____

Fecha: ____ / ____ / ____