



FICHA MUSICOTERAPEÚTICA

Nombre y Apellidos:

Enfermedad:

Fecha:

Edad:

Sexo:

1. ¿ Qué tipo de música le gusta escuchar?

2. ¿ Cuáles son sus cantantes favoritos?

3. ¿ Recuerda alguna canción de su infancia?

4. ¿Cuál es la canción favorita de su juventud?

5. ¿ Hay alguna canción que le recuerde al amor de su vida?

6. ¿ Qué siente cuando escucha música?

7. ¿ Le gusta bailar? En caso afirmativo, indique tipo de música.

8. ¿ Ha tocado alguna vez un instrumento musical? En caso afirmativo, cuál.

9. ¿ Le gusta cantar? ¿ en coro o en solitario?