



Nombre:	Género:
Dirección:	Fecha de nacimiento:
Ciudad:	Código Postal:
Teléfono móvil:	Teléfono fijo:
Email:	Profesión:
Estado civil:	Hijos:

DETALLES DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre:	
Teléfono:	Relación que tiene con usted:
Detalles de contacto de su médico:	Nombre:

HISTORIAL MÉDICO GENERAL (TODAS LAS MODALIDADES)

Esta sección hace referencia a su historial médico general, síntomas actuales, medicamentos prescritos, alergias y otras afecciones médicas. El motivo por el que hacemos estas preguntas es para proporcionarnos toda la información relevante que pueda afectarle durante el tratamiento al que asiste con su conformidad. En el caso de una emergencia médica, esta información puede también ser muy relevante para su atención médica profesional. No es obligatorio aportar esta información, pero si elige hacerlo, nos ayudará tanto a nosotros como a cualquier doctor o especialista médico, a apoyarle.

Historial médico general (p.e. enumere cualquier incidente relevante de tipo físico/emocional/mental, alergias, dolencia o enfermedad y cuándo ocurrieron):

Síntomas actuales/Estado de la enfermedad:

¿Está embarazada?

- No Sí

¿Tiene o alguna vez ha tenido Hepatitis A, B o C, VIH/SIDA o cualquier otra enfermedad de tipo contagioso?

- No Sí - Si es que sí, especifique cuál:

Medicación prescrita y suplementos (enumere toda la medicación prescrita y los suplementos que actualmente esté tomando):

¿Está tomando actualmente o alguna vez ha tomado?:

- Warfarin Diuréticos (de algún tipo) Medicación para la tensión arterial

MODALIDADES PARA LAS QUE DOY MI CONSENTIMIENTO **Por favor, marque todas las que correspondan*

Doy mi consentimiento para recibir tratamiento de las siguientes modalidades por los terapeutas de esta consulta:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Esoteric Healing / Esoteric Body Work (incl. masaje) | <input type="checkbox"/> Esoteric Chakra-puncture |
| <input type="checkbox"/> Esoteric Connective Tissue Therapy | <input type="checkbox"/> Esoteric Yoga |

VER MÁS DE LA PÁGINA

LO QUE COMPRENDO ACERCA DEL TRATAMIENTO:

- Al firmar este documento, indico que comprendo y acepto lo siguiente:
- Esoteric Healing, Esoteric Body Work y Esoteric Connective Tissue Therapy son técnicas donde se aplican las manos delicadamente y pueden conllevar un masaje (contacto) directamente sobre la piel.
 - Esoteric Chakra-puncture es una técnica que aplica con delicadeza la inserción de agujas, penetrando la piel con agujas muy finas a una profundidad de 0.2-0.4 mm. No es acupuntura.

LO QUE COMPRENDO ACERCA DE MI TRATAMIENTO:

- Al firmar este documento, indico que comprendo y acepto lo siguiente:
- Puedo preguntar en cualquier momento acerca del tratamiento proporcionado.
 - Los terapeutas de esta consulta no están cualificados para dar un diagnóstico médico y ninguna modalidad o servicio aquí prestados ofrecen cura o alternativa al tratamiento médico.
 - Comprendo y acepto que debo consultar a un médico colegiado ante cualquier enfermedad o en el caso de que los síntomas persistan.
 - Las Terapias de Universal Medicine están basadas en la Sabiduría Eterna (Ageless Wisdom), son complementarias a la medicina y no han sido contrastadas en ensayos controlados aleatorios compatibles con CONSORT2010.
 - En cualquier momento puedo retirar mi consentimiento para recibir tratamiento, comunicándolo por escrito a esta consulta.
 - Asumo toda la responsabilidad de recibir el/los tratamiento/s que he acordado con mi/s terapeuta/s.

MIS CONDICIONES ACTUALES:

- Si en la actualidad tuviera alguna enfermedad o lesión, aunque sea leve, comprendo que es mi responsabilidad darlo a conocer a mi terapeuta antes de asistir a la sesión, así como recibir atención médica.
- Comprendo y reconozco que mi asistencia y participación en una sesión de esta consulta está bajo mi propia responsabilidad y que, hasta donde permite la ley, ni esta consulta ni su/s terapeuta/s se harán responsables, ya sea por negligencia u otro motivo, de cualquier tipo de lesión, pérdida o perjuicio que yo pueda experimentar como consecuencia directa o indirecta de mi asistencia o participación en una sesión de esta consulta.

MI CONSENTIMIENTO: **Por favor si está de acuerdo marque la casilla con una raya y con una cruz las que no correspondan.*

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que mi información personal y médica, incluyendo mi historial, sea:

- procesada para el propósito de mi tratamiento, administración y gestión de la práctica, ya sea en mi país de origen como en otros países, según sea necesario;
- comentada con otros terapeutas, incluyendo (sin limitarse a ello) a mi médico de cabecera, para revisar la calidad de la atención recibida; descrita en una derivación a otro terapeuta de manera escrita o verbal, cuando mi terapeuta considere que tal derivación es en mi mayor interés, tras haber comentado previamente conmigo dicha derivación.
- Doy mi consentimiento para que mi información personal y médica (incluyendo mi historial) sea comentada con otros terapeutas con el propósito de la investigación y el desarrollo de los servicios y modalidades ofrecidos en esta consulta, incluyendo (sin limitarse a ello) sus cualidades integradoras con la medicina convencional, para el beneficio de hombres y mujeres en general.

MI CONSENTIMIENTO PARA LOS TRATAMIENTOS:

- Al firmar este formulario:
- Doy mi consentimiento para esta consulta inicial y las sucesivas que tenga con el terapeuta con el que he reservado cita.
 - He leído, comprendo y estoy de acuerdo con todos los apartados de este formulario de consentimiento (excepto aquellas que he tachado y escrito) y doy mi consentimiento para los tratamientos con el terapeuta que he elegido y otros terapeutas de esta consulta según lo acordado en los términos señalados en este formulario.
 - Estoy de acuerdo con que este consentimiento se mantenga activo para futuras visitas y otras formas de consulta o asesoramiento en este mismo lugar, a menos que se notifique por escrito lo contrario a esta consulta.
 - Reconozco y acepto que esta consulta y cada uno de sus terapeutas, de forma conjunta e individual, se reserven el derecho a declinar cualquier reserva (incluyendo la mía) para asistir a cualquier sesión, ahora o más adelante, o para pedir a cualquier cliente (incluyéndome a mí) que abandone cualquier sesión en cualquier momento, por cualquier razón que consideren oportuna.

Garantizo que la información que he proporcionado anteriormente es correcta y completa hasta donde llega mi conocimiento, y que anteriormente he informado de todas mis condiciones médicas, incluyendo las medicaciones actuales.

Firmado: _____

Fecha: _____

Por favor indique si firma como padre/madre o tutor¹:

Padre/Madre

Tutor

Firma del traductor (si fuera necesario): _____

Fecha: _____

1 Por favor, tenga en cuenta: Si usted está firmando como padre/madre, tutor or traductor entonces, al firmar este formulario, usted entiende que está indicando que ha informado plenamente a la persona a la que está cuidando o para la que está traduciendo, acerca de toda la información que se indica en este documento de consentimiento.

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROFESIONAL MÉDICO:

