

THE BREATH[®] ACT

Yo, certifico que soy un adulto competente de al menos 18 años o que si soy un menor de 18 años, entiendo que también se requerirá el consentimiento de mi padre/tutor legal/persona que tiene la custodia legal antes de la sesión.

Este Consentimiento Informado se otorga libre y voluntariamente y será vinculante para mi cónyuge, parientes, representantes legales, herederos y administradores.

Certifico que tengo la salud física, emocional y mental adecuada para participar en una sesión de Breathwork (Si no, por favor especifique en el lado opuesto).

Reconozco que si esta información cambia, es mi única responsabilidad notificar a mi Facilitador de Breathwork Carmen Monaj.

Doy mi consentimiento y autorizo al facilitador a que me guíe en una sesión de trabajo de respiración consciente según lo especificado por mi facilitador. Esta sesión puede incluir sanación energética, tonificación vocal, tapping, trabajo táctil y apoyo de integración del proceso mediante el coaching.

Entiendo que El Facilitador no es un médico y no brinda asesoramiento médico ni prescribe el uso de ninguna técnica como una forma de tratamiento para cualquier condición física o psicológica sin el consejo de un médico, ya sea directa o indirectamente.

Como facilitador de Breathwork, el facilitador ofrece información de naturaleza general para ayudar a los clientes en su viaje hacia una mayor autoconciencia, conexión mente-cuerpo, bienestar emocional, mental, físico y espiritual y el facilitador no asume ninguna responsabilidad por cómo yo (el cliente) puede utilizar esta información.

No se recomienda el trabajo de respiración consciente para personas con epilepsia, convulsiones, problemas cardiovasculares, incluidos angina de pecho o ataques cardíacos, presión arterial alta, aneurismas, glaucoma, desprendimiento de retina, osteoporosis o lesiones físicas, cirugías o enfermedades recientes, especialmente en el cerebro, la boca, los dientes, nariz, garganta, tiroides, sistema inmunitario, sistema linfático, pulmones, tórax, costillas, columna vertebral, cuello y/u órganos reproductores.



El trabajo de respiración no se recomienda para personas con antecedentes personales de enfermedad mental, trastornos de personalidad, hospitalización por cualquier condición psiquiátrica o crisis emocional, tendencias suicidas o psicosis.

Los posibles efectos secundarios pueden incluir mareos, cambios en la temperatura corporal, desorientación, hormigueo, espasmos corporales, calambres, liberaciones emocionales, sensación de activación y/o vulnerabilidad física, mental, energética y/o emocional.

Se me ha explicado la naturaleza del servicio/sesión y/o está disponible para mí por escrito y todas las preguntas que tenía con respecto a la(s) sesión(es) han sido respondidas a mi entera satisfacción.

Entiendo que tengo derecho a negarme a participar en la sesión. No se me ha hecho ninguna garantía, garantía o seguridad en cuanto a los resultados que se pueden obtener. Certifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender.

Acepto adherirme a todas las precauciones y regulaciones de seguridad durante mis sesiones con El Facilitador.

No responsabilizare al Facilitador, ni a The Breath Act®, ni a ninguna empresa asociada, ni a los miembros de su personal por ningún error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario o proceso vivido durante las sesiones.

Nombre Completo:

DNI:

Email:

Teléfono: