

Taller: Cacao y circulo de respiración.

Cuestionario de información médica y de bienestar

Este formulario tiene como objetivo ayudarte a participar de forma segura. La respiración consciente circular promueve un proceso de autoconocimiento y regulación, y no debe considerarse un sustituto de la psicoterapia ni del tratamiento médico. Algunas personas pueden experimentar liberación física y emocional intensa.

Importante

Esta práctica NO es apropiada (o requiere autorización médica/terapéutica previa) para: embarazo; problemas cardiovasculares importantes; hipertensión severa no controlada; antecedente de ACV; aneurisma; epilepsia/convulsiones; glaucoma o desprendimiento de retina; cirugías o fracturas recientes; enfermedades infecciosas agudas; algunas condiciones psiquiátricas severas (por ejemplo psicosis, manía activa, episodios disociativos severos); y cualquier condición que pueda agravarse con respiración intensa o liberación emocional.

Si tienes dudas sobre tu aptitud para participar, consulta con tu médico/terapeuta y comunícalo a la facilitación antes de inscribirte. Las respuestas serán tratadas de forma estrictamente confidencial.

Objetivo

Este formulario ayuda a realizar una práctica segura. La respiración consciente circular puede movilizar sensaciones físicas y emocionales. Algunas condiciones requieren adaptación, autorización médica o la recomendación de no participar.

Confidencialidad

Tu información se usará solo para evaluar tu participación y para cuidar tu seguridad durante la sesión. No se compartirá con terceros, salvo que exista un riesgo inminente para tu seguridad o la de otras personas.

1) Datos personales

Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____

DNI/Pasaporte: _____

Teléfono: _____

Email: _____

Ocupación: _____

Domicilio _____

2) Contacto de emergencia

Nombre y vínculo: _____

Teléfono: _____

3) Historial médico (marca Sí/No y detalla si corresponde)

Antecedente / condición	Sí	No
Enfermedad cardiovascular (infarto, arritmias, angina, cirugía cardíaca, stents, etc.)	☐	☐
Hipertensión arterial (presión alta)	☐	☐
Antecedente de ACV / aneurisma	☐	☐
Asma u otra condición respiratoria (si es Sí, traer inhalador si aplica)	☐	☐
Epilepsia / convulsiones	☐	☐
Glaucoma	☐	☐
Desprendimiento de retina / cirugía ocular reciente	☐	☐
Osteoporosis u otras condiciones óseas de fragilidad	☐	☐
Cirugía reciente (últimos 6 meses)	☐	☐
Lesiones/fracturas/dislocaciones/esguinces recientes o dolor agudo actual	☐	☐
Enfermedad infecciosa aguda / fiebre en los últimos 7 días	☐	☐
Problemas neurológicos (desmayos, síncope, migraña severa, etc.)	☐	☐
Diabetes (especialmente si usa insulina)	☐	☐
Hipertiroidismo u otra condición endocrina relevante	☐	☐
Otra condición médica importante (especificar)	☐	☐

4) Salud mental y apoyo (marca Sí/No y detalla si corresponde)

Situación	Sí	No
Diagnóstico psiquiátrico actual o pasado (depresión mayor, bipolaridad, trastornos psicóticos, etc.)	☐	☐
Ataques de pánico frecuentes o ansiedad severa actual	☐	☐
TEPT/trauma activo con síntomas intensos (flashbacks, disociación, etc.)	☐	☐
Hospitalización por motivos psiquiátricos alguna vez	☐	☐
Consumo problemático de alcohol u otras sustancias	☐	☐

Estás actualmente en terapia o en un grupo de apoyo	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------

5) Medicación y sustancias

Indica si estás tomando medicación, suplementos o sustancias que consideres relevantes (incluye nombre, dosis y motivo).

6) Alergias

Durante la ceremonia estaremos usando cacao amargo con una pequeña cantidad de Azúcar Mascabo.

Alergias	Sí	No
Cacao	☐	☐
Azucar mascabo	☐	☐

7) Declaración

Este formulario de salud debe ser enviado a los organizadores **como parte del proceso de inscripción**. Una vez revisado, tu participación será confirmada (o, si hace falta, nos comunicaremos para pedirte información adicional).

Por favor, lee y firma la siguiente declaración:

Declaro que he leído y entendido la información precedente, y que he contestado este cuestionario de forma honesta y completa, sin omitir información relevante. Entiendo que esta práctica no sustituye atención médica o psicológica, y que es mi responsabilidad informar cualquier condición que pudiera afectar mi participación.

Firma: _____

Lugar y fecha: _____

DNI/ Pasaporte: _____