

RESPIRACIÓN HOLOTRÓPICA FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

El trabajo de Respiración Holotrópica promueve una experiencia de crecimiento personal, y no debe ser visto como un sustituto a la psicoterapia. Este trabajo puede involucrar experiencias dramáticas acompañadas de una poderosa descarga física y emocional, y no es apropiado para: mujeres embarazadas, personas con problemas cardiovasculares, hipertensión severa, algunas enfermedades psiquiátricas severas, cirugías o fracturas recientes, enfermedades infecciosas agudas, epilepsia, emergencia espiritual activa.

Si tiene alguna duda sobre si usted puede participar, es esencial que consulte a su médico o terapeuta, así como a los facilitadores del taller antes de inscribirse y participar.

Las respuestas al siguiente cuestionario son de gran ayuda para los facilitadores, y serán mantenidas de forma estrictamente confidencial. Por favor, conteste todas las preguntas de la forma más completa posible.

1. Tiene antecedentes o padece actualmente de:	Sí	No
a) Enfermedad Cardiovascular incluyendo infartos al corazón o alguna cirugía cardiovascular		
b) Presión sanguínea alta		
c) Enfermedad mental severa		
c) Cirugía reciente		
d) Lesiones físicas pasadas o recientes, incluyendo fracturas, dislocaciones o esguinces/listesis l5-s1/fractura huesos de la nariz/trauma muñeca derecha:compresión nervio mediano		
e) Glaucoma		
f) Desprendimiento de retina		
g) Epilepsia		
h) Osteoporosis		
i) Asma (si su respuesta es afirmativa, debe traer inhalador al taller)		
2. Si usted es mujer, ¿está embarazada?		
3. ¿Ha sido hospitalizado(a) en alguna ocasión por razones médicas?		
4. ¿Ha sido hospitalizado(a) por razones psiquiátricas?		
5. ¿Está actualmente en terapia o en algún grupo de apoyo?		
6. ¿Está tomando algún tipo de medicación?		
7. ¿Hubo algún tipo de complicación en su nacimiento (cesárea de urgencia, exceso de anestesia, etc.)? Parto en avalancha		
8. ¿Ha experimentado o está experimentando un momento vital en el que le ha sido difícil mantenerse haciendo sus actividades cotidianas?		
9. ¿Existe algún otro antecedente de su estado físico, mental o emocional que usted considera que deberíamos saber? (Envío mi historia clínica)		

Si usted respondió "Sí" a alguna de estas preguntas, es esencial que escriba y nos dé los detalles

(descripción, diagnósticos, fechas, tratamientos, tiempos, etc.).

Este formulario médico requiere ser recibido por los organizadores del taller como parte de su inscripción, luego de lo cual ésta le será confirmada.

Por favor lea y firme la siguiente declaración:

Yo, por la presente, confirmo que he leído y entendido toda la información precedente, y que he contestado a las preguntas de forma honesta y completa, y no he omitido ninguna información. Mi estado general de salud, hasta donde yo sé, es bueno. Acepto que todos los datos entregados en este formulario tengan el valor de declaración jurada.

Nombre completo:

Fecha de Nacimiento: EDAD:

Domicilio:

Teléfono(s):

E-mail:

Ocupación:

Datos de contacto de un tercero (nombre, teléfono):

Firma:

Lugar y Fecha: