**HIPNOTERAPIA TRANSPERSONAL Y REGRESION A VIDAS PASADAS**

**FORMATO DE REGISTRO A CURSOS**

Modulo de tu interes: Modulo Uno \_\_\_\_\_\_\_ y/o Modulo Dos \_\_\_\_\_\_\_

*Completa el cuestionario por favor:*

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** | **FECHA DE NACIMIENTO** |
| **DIRECCION** | **COLONIA** |
| **MUNICIPIO** | **CP** |
| **CIUDAD** | **PAIS** |
| **TELEFONO CASA O FIJO** | **TELEFONO CELULAR** |
| **EMAIL** |  |
| **ESTADO CIVIL** | **OCUPACION** |
| ¿Porque te interesa tomar el curso? | |
|  | |
|  | |
|  | |
| ¿Qué es lo que mas que esperarías obtener de este curso? | |
|  | |
|  | |
|  | |
| ¿Has estudiado previamente hipnosis o regresión? Si lo has hecho danos detalles por favor de que estudiaste, en que escuela, cuales fueron los temas principales que cubrió ese curso, etc. | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

**ANTECEDENTES**

|  |
| --- |
| Describe por favor cualquier enfermedad importante o problema de salud crónico, actual pasado? |
|  |
|  |
| Si estas tomando alguna medicación, ¿podrías decirme cuál?: |
|  |
|  |
| Si has sido hospitalizada(o) por alguna condición mental o emocional, ¿podrías decirme cuándo y porqué fue?: |
|  |
|  |
| Si has sido hospitalizada(o) por alguna condición mental o emocional, ¿podrías decirme cuándo y porqué fue?: |
|  |
|  |
| Si estas consultando actualmente algún doctor o terapeuta, ¿podrías decirme a quién y porqué fue la consulta?: |
|  |
|  |
| ¿Cómo supiste de nosotros?: |
|  |

**LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Entiendo que mi éxito depende de mi propio compromiso de mejorar la situación que me trae hasta aquí. Me doy cuenta de que Paul Araund, Ricardo Mones G. o Lía López y su equipo, no me están recetando o tratando por ninguna enfermedad física o mental y no los hago responsables de nada de ello. Los libero de cualquier responsabilidad con respecto a mis sesiones de práctica. Estoy de acuerdo en informar a alguno de ellos de mis condiciones físicas o mentales que podrían afectar el trabajo conmigo. Entiendo que nuestras sesiones pueden implicar un toque curativo. Autorizo que este formulario de liberación de responsabilidad se aplique también a todas las capacitaciones y sesiones de supervisión futuras.

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paul Araund, Ricardo Mones G. o Lía López y su equipo, aceptamos utilizar lo mejor de nuestras habilidades para ayudarte a hacer los cambios que buscas y para tratarte con cuidado y respeto. Nos comprometemos a brindarte atención y asistencia profesional durante nuestras horas programadas de clase y aceptamos manejar una estricta confidencialidad. Estamos comprometidos profesionalmente a utilizar nuestra capacitación y habilidades para ayudarte a movilizar tus propios recursos para lograr los resultados que buscas.