

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
País: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Web /Blog: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_

¿Has tenido alguna enfermedad física o psicológica relevante? ¿Si es así, cuál?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tomas algún medicamento? ¿Si es así, cuál?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Presión arterial: Alta \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Baja \_\_\_\_\_  
Solo para mujeres: ¿estás embarazada? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

---

*Por la presente doy mi consentimiento para recibir terapia de Sanación Energética, estando en mi sano juicio. Entiendo que la Sanación Energética no pretende sustituir a los tratamientos médicos alopáticos, sino complementarlos, y renuncio a todo derecho a demandar legalmente a [ESCRIBIR TU NOMBRE LEGAL], o a alguno de sus terapeutas, por cualquier problema físico, emocional o mental que pudiera atribuir a la Sanación Energética.*

*En ningún caso seremos responsables de los perjuicios o daños de cualquier índole que pudieran ocasionarse por la celebración de nuestras terapias, ya sea por las actuaciones de los asistentes o por las decisiones particulares que puedan tomar de las recomendaciones vertidas.*

*[ESCRIBIR TU NOMBRE LEGAL], no garantiza ningún tipo de resultados, ya que estos dependen de la implementación de las materias de cada persona, sus objetivos, su situación personal o las decisiones que tome.*

*Doy mi consentimiento para que mis datos personales sean incorporados en los ficheros de [ESCRIBIR TU NOMBRE LEGAL], con finalidades profesionales o Comerciales, en cumplimiento de la normativa española vigente [O DEL PAÍS EN EL QUE RESIDE TU NEGOCIO O PRAXIS TERAPÉUTICA] de Protección de Datos Personales. Te informamos que tus datos han sido incorporados a nuestros ficheros con fines profesionales y/o comerciales y que esta comunicación se envía a través de nuestro gestor de email estadounidense, cuyos servidores están alojados fuera de la Unión Europea. Entiendo que en cualquier momento podré ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de mis datos escribiendo un e-mail a [ESCRIBES TU EMAIL OFICIAL], o dirigiéndome a: [ESCRIBES TU DIRECCIÓN POSTAL OFICIAL],*

Firma del paciente o tutor legal:

Fecha: