

T H E
BREATH[®]
A C T

Yo, certifico que soy un adulto competente de al menos 18 años. 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, de ahora en adelante llamado en este documento El **Facilitador**.

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 no controlados, incluidos angina de pecho o ataques cardíacos, presión arterial alta no controlada, aneurismas, glaucoma, desprendimiento de retina, osteoporosis o lesiones físicas recientes, cirugías o enfermedades recientes cuya cicatriz no se ha cerrado todavía. Tampoco se recomienda para personas con antecedentes personales de enfermedad mental grave como bipolaridad o esquizofrenia, trastornos de personalidad, tendencias suicidas o psicosis.

Acepto adherirme a todas las precauciones y regulaciones de seguridad durante mis sesiones con El Facilitador. No responsabilizaré 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:

Firma: