



Armonía Health LLC Historial para sesión de Reiki

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____
 Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
 Tel casa: _____ Tel celular: _____ Email: _____
 Podemos agregarla/o a nuestra lista de email? SI NO Ocupacion/carrera/trabajo: _____
 Genero: ____ Edad: ____ FDN: mes ____/dia____/año____ Peso: ____ Referido por? _____
 Nombre y contacto en caso de emergencia: _____
 Medico de cabecera? _____ Fecha de ultima visita: _____ Razon: _____
 Has recibido Reiki anteriormente? _____ Fecha: _____ Razon: _____
 Medicamentos que estas tomando: _____
 Hierbas y suplementos que estas tomando: _____
 Accidentes, cirugias y caidas con sus fechas: _____

Que quieres tratar?

Has recibido tratamiento para esto, de que tipo? _____ Ayudo? _____

CIRCULE sintomas o condiciones que tienes ahora, **CHECK** los que hayas tenido en el pasado:

SIDA/HIV

Alergias

Alcoholismo

Artritis

Asma

Problemas de espalda

Presion alta/baja

Cancer

Cholesterol alto

Depresion/Ansiedad

Diabetes

Oreja/Nariz/Garganta

Epilepsia

Problemas de Fertilidad

Problemas Hormonales

Problemas Gastrointestinales

Dolor de cabeza/Migrañas

Problemas de corazon

Hepatitis B/C

Indigestion/Reflujo

Insomnia

Baja energia

Memoria baja/concentracion

Tuberculosis

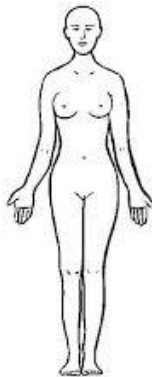
Vertigo

Enfermedad venere

Fumas? _____ Tomas alcohol? _____ Café? _____

Otras condiciones que tu deseas que sepamos: _____

Circule las areas que te molestan





Armonía Health LLC

Forma de Consentimiento para Recibir Tratamiento de Reiki

- 1.- Entiendo que Reiki es una técnica japonesa de canalización energética basada en la imposición de manos con el fin de la reducir estrés y obtener niveles profundos de relajación.
- 2.- Entiendo que Reiki es considerado por la Organización Mundial de la Salud(OMS) como una disciplina complementaria a cualquier tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico. La Reikista no puede bajo ningún concepto, modificar o suspender ningún tratamiento médico o psicológico ni aconsejar al receptor que lo haga.
- 3.- Entiendo que la Reikista no puede realizar promesa de curación.
- 4.- Entiendo que la Reikista no podrá bajo ninguna circunstancia realizar un diagnóstico basado en los síntomas presentes y/o sensaciones percibidas.
- 5.- La Reikista respetará y resguardará toda información del cliente. No será compartida con nadie sin el consentimiento por escrito del cliente o padres/guardianes si el cliente es menor edad. Su información será compartida con otros terapeutas de Armonia Health LLC si desea tomar una terapia adicional.
- 6.- El tratamiento de Reiki se recibe comunmente vestido y acostado en una camilla. Si para el cliente es incómodo el estar acostado el cliente podrá permanecer sentado.
7. – Armonia Health LLC tiene un acuerdo de cancelación: si no puedo asistir a mi cita, necesito llamar al consultorio (919) 251-9698 con por lo menos 48 horas de anticipación para no incurrir un cargo del 60% del costo de la sesión. Si llego más de 20 minutos tarde a mi cita sin previo aviso, mi sesión puede ser acortada o cancelada e incurrira el 100% del costo de la sesión.

Firma del Cliente

Fecha

Firma de la Reikista

Fecha