

## Reiki/ Terapia de Luz de los Arcángeles Formulario de Información

Nombre: (En mayúscula): \_\_\_\_\_

Teléfono de línea: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, y Código Civil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia –Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Referido por (nombre, website, aviso, flyer, etc.): \_\_\_\_\_

Medicación: \_\_\_\_\_

Nombre de su médico de cabecera: \_\_\_\_\_

¿Cómo escuchó acerca de Holistic Growth, nuestra práctica? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido una sesión de Reiki o de Energía Sanadora antes? Sí \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuándo fue su última sesión? \_\_\_\_\_

Número de sesiones anteriores \_\_\_\_\_

¿Tiene usted un área particular de preocupación? \_\_\_\_\_

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

Entiendo que la terapia Reiki y la Luz Arcangélica son técnicas sencillas y apasionadas de energía que se usan para la reducción del estrés y la relajación. Entiendo que los practicantes del Reiki o de la Luz Arcangélica no diagnostican condiciones físicas o mentales, ni prescriben o realizan tratamiento médico, no prescriben sustancias ni interfieren con el tratamiento de un profesional de la salud con licencia. Entiendo que el Reiki y la Luz Arcangélica no toman el lugar de la atención profesional médica. Se recomienda ver vea a un profesional de la salud con licencia para cualquier dolencia física o psicológica que pueda tener. Entiendo que la terapia Reiki y la Luz Arcangélica pueden complementar cualquier atención médica o psicológica que pueda recibir. También entiendo que el cuerpo tiene la capacidad de curarse a sí mismo y para hacerlo, la relajación completa es a menudo beneficiosa. Reconozco que los desequilibrios a largo plazo en el cuerpo a veces requieren sesiones múltiples con el fin de facilitar el nivel de relajación que necesita el cuerpo para curarse a sí mismo.

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

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

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha; \_\_\_\_\_

### Aviso de Privacidad:

Ninguna información sobre ningún cliente será discutida o compartida con terceros sin el consentimiento por escrito del cliente o padre / tutor si el cliente es menor de 18 años.

**Reiki/ Terapia de Luz de los Arcángeles**  
**Formulario de Información**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Razón de Visita:

Relajación y reducción del estrés.

Otras razones:

\_\_\_\_\_

Físicas: \_\_\_\_\_

Emocionales \_\_\_\_\_

Mental/Espiritual \_\_\_\_\_

Cambios desde la última sesión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Notas de Sesiones: \_\_\_\_\_

Duración de la sesión: \_\_\_\_\_

Seguimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del terapeuta: \_\_\_\_\_