FICHA MÉDICA

*Completa la información en los campos marcados en gris.*

*Se extenderán confirme escribes tu respuesta.*

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO |  |
| FECHA DE NACIMIENTO |  |
| TELEFONO |  |
| EMAIL |  |
| DIRECCIÓN COMPLETA |  |
| CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA |  |
| OCUPACIÓN |  |
| ¿HAS PARTICIPADO EN CURSOS O TERAPIAS DE BETRANSPERSONAL? |  |

*Esta ficha debe completarse con información veraz y honesta ya que el ocultar detalles puede afectar o poner en riesgo tu proceso y al del grupo. Los facilitadores se reservan el derecho de admisión a este proceso de acuerdo con tu estado presente de salud emocional, mental, física y espiritual. La información que compartes se mantendrá en confidencialidad entre el equipo terapéutico que lleve tu caso.*

1. ¿Has trabajado con psicotrópicos anteriormente? Explica en que contexto.
2. ¿Describe detalladamente las plantas o sustancias estimulantes, depresoras o psicotrópicas que has consumido y con qué frecuencia (esto incluye nicotina, alcohol, cafeína y fármacos)?
3. ¿Consumes de forma recreativa alguna planta o sustancia estimulante, depresora o psicotrópica? Describe con qué frecuencia.
4. ¿Tienes alguna práctica espiritual? Describe cuál y si forma parte de alguna religión o linaje específico.
5. ¿Tienes algún maestro o guía espiritual?
6. ¿Realizas o has realizado algún tipo de terapia psicológica? Describe el tipo de terapia y la duración.
7. ¿Has tenido alguna mala experiencia o viaje con alguna sustancia o práctica espiritual? Describe lo que experimentaste interna y externamente incluyendo síntomas físicos.
8. ¿Has experimentado alguna emergencia espiritual que te haya sobrepasado o desbordado a tal grado que hayas perdido la funcionalidad física, mental o emocional? Describe su contenido y síntomas.
9. Describe tu proceso durante el embarazo de tu madre y tu nacimiento. Circunstancias, contexto, complicaciones, intervenciones médicas, etc. Toda la información de este tema es muy relevante para poder atender tu proceso durante las ceremonias y el retiro completo.
10. ¿Has padecido alguna enfermedad mental?, ¿Has recibido tratamiento por tal motivo? Describe el diagnóstico, fechas, tratamiento, medicamentos y el Psiquiatra que te atendió.
11. ¿Padeces de alguna enfermedad o problema cardiaco? Describe a detalle el diagnóstico y tratamiento.
12. ¿Tienes alguna alergia? Describe cómo reacciona tu cuerpo con la alergia y que síntomas se presentan.

1. ¿Te han operado de algo? Describe fechas y tipo de cirugía
2. ¿En este momento padeces de alguna enfermedad terminal? Describe el diagnóstico y tratamiento que estas siguiendo.
3. ¿Has tenido algún accidente grave o fracturas en tu cuerpo de las que debamos ser conscientes? Describe la gravedad y fechas.
4. ¿Te desmallas con facilidad? Describe la frecuencia y la experiencia interna y externa de tu cuerpo cuando sucede.
5. ¿Tienes algún otro padecimiento que consideres pertinente hacer de nuestro conocimiento?
6. ¿Estás embarazada o planeando embarazarte?
7. ¿Padeces de Glaucoma?
8. ¿Estás tomando algún tipo de medicamento o estás en algún tipo de tratamiento médico, farmacéutico, psiquiátrico u homeopático?
9. Describe QUIEN eres.
10. Describe las razone por las que deseas participar en este trabajo.

Declaro que la información presentada en esta ficha es verdadera.

Declaro que no estoy utilizando medicamentos neuro-siquiátricos, antidepresivos del tipo inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) o anticonvulsivos, mientras en protocolo de trabajo.

Declaro que no tengo historial de brotes psicóticos o internación psiquiátrica anterior, mientras en protocolos de trabajo en estados ENOC (estados no ordinarios de consciencia).

Declaro que he adquirido de forma externa a BeTranspersonal la sustancia psicoactiva y la he consumido libremente, solicitando para ello únicamente el acompañamiento de las personas facilitadoras durante el tiempo que dura el efecto de ésta.

Asumo total responsabilidad por mi libre participación en el protocolo de trabajo, me he informado y soy plenamente consciente de los efectos que puede tener en mi organismo, así como las condiciones y medicamentos que están contraindicados.

Fecha:

Nombre Completo:

Fiirma: