



**Historia clínica del cliente**

Ana Teresa Salcedo

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono / Celular \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

¿Está bien el texto o WhatsApp? \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna terapia holística o alternativa previa? \_\_\_\_\_ Mencionalos: \_\_\_\_\_

Problemas principales: \_\_\_\_\_ ¿Está recibiendo tratamiento médico? \_\_\_\_\_

¿Qué diagnóstico, en su caso, ha recibido para este problema? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las causas probables de este problema? \_\_\_\_\_

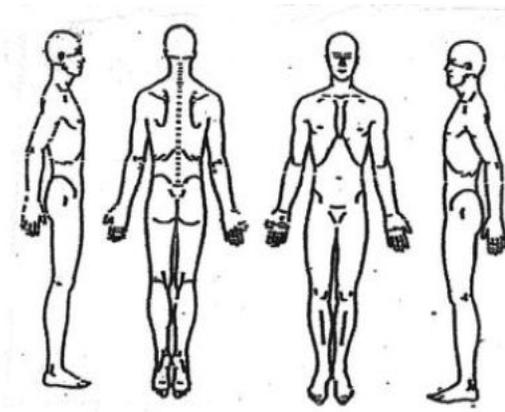
¿Qué hace este problema mejor?

\_\_\_\_\_

Escriba cuál de estos le gustaría durante su sesión: (aceites esenciales en difusor, uso tópico / diluido, cristales curativos, incienso, toallas calientes) \_\_\_\_\_

¿Por qué quieres probar esta terapia holística? \_\_\_\_\_

Antes de la sesión, revisaremos esta información durante 5 minutos para asegurarnos de que desea ajustar cualquier cosa.



**Marque (con un circulo) areas de descomfort**

**DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN COMO SE REQUIERE EN LA SB-215 PARA PRACTICANTES DE LA ATENCIÓN COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVAS DE SALUD EN COLORADO**

Como profesional de la salud complementaria y alternativa, no tengo licencia, certificación o registro en el estado de Colorado como profesional de la salud. No soy un médico con licencia y no diagnostico, trato o prescribir remedios para el tratamiento de enfermedades. Los servicios que realizo, ya sea en persona, por correo o por teléfono, están restringidos en todo momento a los servicios complementarios y alternativos de atención médica destinados al mantenimiento del mejor estado de salud posible. Tengo prohibido realizar cirugía o cualquier procedimiento invasivo, administrar o recetar radiación de rayos X, recetar medicamentos recetados, usar anestesia general o espinal, administrar sustancias radiactivas ionizantes, usar un dispositivo láser que pinche la piel, realizar enemas / colonics a menos que esté certificado por la junta , practicar la partería, practicar la psicoterapia, realizar la manipulación espinal, practicar la optometría, administrar directamente los protocolos médicos a una mujer embarazada o una persona que tenga cáncer, practicar la odontología, practicar fracturas, practicar la terapia de masaje, proporcionar un diagnóstico de enfermedad médica convencional o recomendar la interrupción de Un curso de atención recomendado por un profesional sanitario. También tengo prohibido tratar a niños menores de dos años. Para poder tratar a un niño que tiene entre 2 y 18 años de edad, debo tener un consentimiento escrito y firmado del padre o tutor legal de un niño:

---

Nombre del niño (edad 2-18)

---

Firma del padre / guardián legal

Los servicios que ofrece Terapia Alternativa Armónica son los siguientes: Ana Teresa Salcedo es una practicante de Reiki. Ella no diagnostica enfermedades, síntomas o cualquier otro trastorno físico, mental o emocional. Como tal, no prescribe tratamientos médicos ni medicamentos, ni realiza manipulaciones de la columna vertebral. Todas y cada una de las conversaciones durante la sesión relacionadas con la condición médica o el historial del cliente se mantienen bajo estricta confidencialidad.

Mis títulos profesionales, formación, experiencia, credenciales y calificaciones son las siguientes:

Spirit Reiki 1 a través de Dreamtime Healings, Reiki Essentials / Chakra Clearing / Chakras 101 / Reiki Attunements / Nutrition 101 / Stress Management a través de Universal Class, Master en Educación Infantil a través de la Universidad de Denver, Licencia de Maestro por el Departamento de Educación del Estado de Colorado , Formación certificada en Crystal Reader a través de Hay House.

Tengo / no llevo seguro de responsabilidad civil aplicable a cualquier lesión causada por un acto u omisión en la prestación de servicios de atención médica complementarios y alternativos. Se mantendrá archivada una copia de esta declaración de divulgación durante al menos dos años después de la última fecha de servicio.

\* Como cliente mío, debe discutir las recomendaciones que ofrezco con su médico de atención primaria, obstetra, ginecólogo, oncólogo, cardiólogo, pediatra o proveedor de atención médica pediátrica u otro médico certificado por la Junta.

---

Name of Client

---

Signature