



PHUSIS-5331

Jurgen Bode
X2367976B
Naturópata (Col. 4914)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Servicios de naturopatía, masajes y bienestar aplicados por un profesional naturópata

CLIENTE:

DNI:

Fecha nacimiento:

DIRECCIÓN:

Telf.:

En caso de que el cliente sea menor:

TUTOR LEGAL:

DNI:

Parentesco:

SOLICITO Y AUTORIZO: A la empresa arriba indicada, ayudado por el profesional arriba indicado, a que realice el procedimiento y los tratamientos que considere necesarios dentro de su ámbito profesional, así como la formación y asesoramiento para mi persona.

INFORMACIÓN GENERAL:

1. La intervención profesional de naturopatía, masajes y bienestar, tiene por objeto y finalidad conseguir una acción higio-dinámica (Salud-Dinamismo) - una acción dinamizadora de la salud-, el ayudar a recuperar, conservar y mejorar la salud y la belleza de forma sana y natural para aumentar así la calidad de vida y obtener un estado de armonía y bienestar general, para una mayor calidad de vida.

2. La relación profesional con el/la cliente/consultante, queda establecida en calidad de prestación de servicios. La misma, responde a un vínculo de confianza y seguridad, ya que el profesional es un consejero personal que está sujeto al código deontológico, al secreto y ética profesional, a la Ley de protección de datos y al deber de guardarlos para garantizar la confidencialidad y la intimidad del cliente/consultante.

3. El tratamiento emplear consistirá en

- Ayurveda - Definición y Entrega de perfil de Doshas + Sub-Tipo
- Terapia Floral Bach Elaboración de Receta Personalizado + Instrucciones
- Acupresión - Elaboración de Mapa Corporal y Instrucciones
- Aromaterapia - Elaboración de Terapia Personalizado y Instrucciones
- Terapia Floral "Flores de Bach" - Entrega de Mapa Corporal y Instrucciones
- Dietoterapia y Tropología - Elaboración de Dieta Holística - Personalizado según Doshas / Concepto Yin Yang / Alegrías / Genética / otros
- Medicina Fitoceutica - Elaboración de las Recetas Fitoceuticas y/o Fitonutrientes con Instrucciones
- Análisis Hematológico, Interpretación y Evaluaciones Hematológicas - Basándose en los Valores Ideales Personales para Identificar, Diagnosticar, Monitorear y Tratar las Enfermedades, Desequilibrios y Disfunciones.

Para mayor información al respecto, se adjunta un documento anexo como información correspondiente al mismo.

4. No existe garantía absoluta sobre los resultados y procedimientos realizados, no obstante, para obtener mayor eficacia se requiere constancia.

5. Contraindicaciones o efectos secundarios: La aplicación del correcto tratamiento y/o de la formación / asesoramiento, junto con las indicaciones y las recomendaciones manifestadas por el profesional, carecen de efectos secundarios, son inocuos y de ninguna manera son ni deben ser sustitutivos de la medicina y de la correspondiente prescripción facultativa.

A pesar de la adecuada elección del método o técnica y de su correcta realización, los riesgos en general son poco frecuentes, raros o relativamente leves y prácticamente inexistentes, pero pueden presentarse algunos efectos indeseables específicos del procedimiento, como malestar general propio del tratamiento que remitirá con cierta facilidad y en poco tiempo, para después mejorar y dar lugar a sensación de bienestar.

6. Si después de leer detenidamente este documento se desea más información, por favor, no dude en preguntar al responsable, ya que le atenderá con mucho gusto de las dudas, aclaraciones y/o opciones existentes en su caso particular.

CONFIRMACIÓN: Por todo lo anterior, CONFIRMO que se me han explicado todo detalladamente, pudiendo comprender el efecto y la naturaleza del procedimiento a realizar. De igual manera, no he omitido ningún dato de mi estado actual de salud que contraindique el tratamiento y procedimiento. Si en algún momento esté estado actual se modificara, lo pondré en conocimiento del profesional para que lo valore si debe hacerse algún cambio frente al tratamiento inicial.

DECLARACIÓN: Habiendo tenido la oportunidad de aclarar todas mis dudas con las respuestas a mis preguntas en la entrevista personal así como, comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y tomada la decisión de manera libre y voluntaria, declaro formalmente estar debidamente informado/a de todo este asunto. Asimismo, asumo como riesgos propios no seguir las indicaciones recomendadas y las contraindicaciones que se me informan, así como, los problemas derivados de un cuidado post-tratamiento no adecuado, como consecuencia de las particularidades de mi caso, eximiendo al Centro/Empresa de los inconvenientes que puedan surgir.

CONSENTIMIENTO: Por tanto, siendo contestadas satisfactoriamente todas las preguntas que libremente he formulado, doy mi consentimiento acerca de todo el procedimiento, por lo que firmo el presente consentimiento informado, a todos los efectos del mismo.

En la ciudad de _____ (_____), a _____ de _____ de 20 ____.

Cliente: _____ D.N.I.: _____ Fdo.: _____

Representante legal: _____ D.N.I.: _____ Fdo.: _____

Denegación o Revocación

Yo, D/Dña. _____, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que NO proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En la ciudad de _____ (_____), a _____ de _____ de 20 ____.

Cliente: _____ D.N.I.: _____ Fdo.: _____

Representante legal: _____ D.N.I.: _____ Fdo.: _____

+34 604 855 995 | +32 486 39 33 71

✉ phusis-5331@protonmail.com

🌐 www.phusis-5331.com