

CONTRATO DE RESPONSABILIDAD DEL CONSULTANTE EN DECODIFICACION BIO HOLOGRAFICA.

1) YO (nombre completo) _____ DE _____ AÑOS DE EDAD, DOMICILIADO/A EN _____, PAIS _____ CASILLA DE CORREO ELECTRONICO _____, ASISTIRÉ A LA CONSULTA DE DECODIFICACION BIO HOLOGRAFICA, CON EL SR/SRA _____ DESDE EL _____ (fecha de hoy).

2) DICHO ENCUENTRO Y POSTERIORES, ES ACORDADO ENTRE AMBAS PARTES, DECLARANDO QUE NO FUI COACCIONADO POR NADA NI NADIE, CON EL ENTENDIMIENTO DE QUE SOY COMPLETAMENTE RESPONSABLE DE CUALQUIER EFECTO SECUNDARIO FISICO Y PSICOLOGICO, DURANTE Y DESPUES CADA CONSULTA.

3) CONCURRO A ESTA CONSULTA Y A LAS POSTERIORES, HABIENDO SIDO INFORMADO/A, QUE NO REEMPLAZA NI PRETENDE SER UNA PRACTICA MEDICA NI PRETENDE SERLO Y QUE NO SE ME PROMOCIONÓ ESTE ENCUENTRO Y CONSULTA COMO LA SOLUCION DE NINGUN SINTOMA MILAGROSO, NI RESULTADO RAPIDO, SINO QUE ACEPTO QUE ES UN CAMINO PROPIO QUE EMPIEZO DE LA MANO DE MI CONSULTOR/A DE MANERA CONCIENTE.

4) TAMBIEN DECLARO CON ESTE CARTA, QUE NO PADEZCO NI PADECI NI FUI DIAGNOSTICADO/A CON NINGUNA ENFERMEDAD PSIQUIATRICA EN EL TRANSCURSO DE TODA MI VIDA, QUE NO TENGO, NI TUVE, NINGUNA AFECCION EN LAS ARTERIAS CORONARIAS, QUE NO ESTOY NI ESTUVE DIAGNOSTICADO/A CON SINDROME DE ANSIEDAD GENERALIZADA (NO CONFUNDIR CON ANSIEDAD SIMPLE), QUE NO ESTOY EMBARAZADA (EN EL CASO DE SER MUJER) Y QUE NO TUVE NINGUN TIPO DE ACV.

5) TAMBIEN HAGO CONSTAR, A TRAVES DE LA PRESENTE, QUE SE ME INFORMÓ Y HE ACEPTADO, CON DETALLE LAS FORMAS Y RECURSOS QUE AQUI SE EMPLEARÁN, ASI COMO SUS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS FISICOS Y PSICOLOGICOS CONOCIDOS HASTA EL MOMENTO POR SU EXPERIENCIA