

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO SANITARIOS

D./Dña. _____

D.N.I. _____

Dirección _____

Fecha de Nacimiento _____

Teléfono móvil _____

Correo electrónico _____

Declaro haber recibido información de forma inteligible, específica e inequívoca sobre los protocolos y procedimientos terapéuticos descritos para la terapia en Descodificación Biológica Original, en adelante DBO.

Declaro haber sido informado de que la terapia en DBO es complementaria y en ningún caso sustitutiva a cualquier otro tipo de tratamiento que esté realizando.

Declaro haber sido informado/a de que la persona profesional encargada de realizar la Técnica Terapéutica en DBO, NO es un profesional sanitario o médico-sanitario, es decir, que NO pertenece al Sistema Público Sanitario.

Entiendo el derecho que tengo a rehusar parte o todo del proceso, en cualquier momento, sin necesidad de dar ninguna explicación, y entiendo que puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Declaro haber facilitado la información relevante a mi estado físico y de salud de manera honesta, clara, precisa y entendible por mi terapeuta para el uso certero de las técnicas, procedimientos y protocolos adecuados a mi proceso terapéutico en la terapia de DBO.

En _____, a _____ de _____ del _____

Carolina Cornide Sánchez

DNI: 46846719C

DNI:

Firma

Firma