



Medicinas y Terapias  
Naturales  
Carmen Gómez Sola  
carmen.gomezsola@gmail.com

**TERMINO DE RESPONSABILIDAD**  
**APLICACIÓN TERAPIA KAMBO**

<b>Datos Personales</b>	
Nombre	
RUT	
Edad	
Sexo	
Fecha de nacimiento	
Estado civil	
Ocupación	
Dirección	
Fecha	
Atendido por:	
Fono	
e-mail	

Yo, quien firma abajo, vengo de libre y espontánea voluntad solicitar el ingreso a las sesiones de terapias con la medicina kampô (Phyllomedusa bicolor) con Carmen Gómez Sola quien imparte Medicinas y terapias Naturales, en el espacio de Agua Grande.

Declaro que tomé conocimiento de la naturaleza de estos trabajos, del ritual, así como de la preparación exigida y de la condición expresa de permanecer en el ritual hasta el cierre y fin de La sesión. así como de la prohibición de portar o usar drogas, bebidas alcohólicas, armas blanca o de fuego.

Si soy portador de enfermedad física o psiquiátrica, declaro que la medicina kampô (Phyllomedusa bicolor) no me fue ofrecido como promesa de cura y libero a la terapeuta e institución de cualquier responsabilidad, en caso venga a sufrir alguna alteración en mi salud.

Si soy menor de edad, traigo y adjunto a este termino, autorización expresa de mis padres o responsables.

Declaro también que obedeceré todas las determinaciones del especialista del ritual (terapeuta) y sus asistentes.

Santiago, .....de .....de 2017

.....

FIRMA

Nombre Completo.....