



Formato de consentimiento y reconocimiento de divulgación o riesgo del Entrenamiento de ondas cerebrales

El propósito de este formato es obtener su consentimiento voluntario para participar en el programa de entrenamiento de neurofeedback con Stress Therapy Solutions y divulgar los riesgos potenciales asociados a esta forma de terapia.

Confidencialidad y riesgos

-Comprendo que la neuroterapia puede producir una posible hipersensibilidad a drogas y alcohol en ciertos individuos. Esta hipersensibilidad puede resultar en una tolerancia alta/baja extrema hacia drogas y alcohol y en ciertos casos excepcionales puede producir síntomas similares a los de la gripe, incluyendo Dolores musculares, fiebre, cefaleas, dolor de garganta, debilidad y fatiga *después de haber ingerido incluso bajas cantidades de alcohol o drogas.*

-Comprendo que la neuroterapia puede impactar en niveles de medicación recetada. Estoy de acuerdo en que se consulte a mi médico y se haga de su conocimiento la naturaleza de este tratamiento y seguiré bajo la supervisión del medico que prescribe.

-Así mismo, comprendo que la neuroterapia puede intensificar mis emociones, sensaciones físicas y memoria de ciertos acontecimientos.

-Voluntariamente doy mi consentimiento para someterme al programa de biofeedback de EEG (electroencefalograma) de ondas cerebrales y por la presente libero a Stress Therapy Solutions, sus profesores, técnicos, asesores, empleados, y cualquier otro entrenador presente en su taller de cualquier tipo de responsabilidad que pueda existir en conexión a lo mencionado en las declaraciones anteriores.

Comprendo que soy libre de retirar mi consentimiento y dejar de participar en este programa en cualquier momento. Se me ha informado y entiendo que la persona realizando y administrando los procedimientos de biofeedback de ondas cerebrales puede no ser un medico, pero está capacitado en el uso terapéutico del biofeedback.

Un miembro del staff me ha explicado las consecuencias naturales y los riesgos y beneficios potenciales de este entrenamiento.

He leído y comprendido este formato y brindo mi consentimiento para someterme al entrenamiento de biofeedback.

Fecha_____

Nombre_____

Firma del staff_____

Firma del participante_____