**INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE**

NOMBRES COMPLETOS:

NACIONALIDAD:

EDAD:

DNI:

TELEFONO: ……….

DOMICILIO:

CORREO ELECTRONICO:

**ANTECEDENTES DEL PARTICIPANTE**

* ¿Tuvo alguna intervención quirúrgica en los últimos 03 meses?

SI………. NO……….

Describa brevemente……………………………………………………

* ¿Tiene alguna enfermedad cardiaca diagnosticada?

SI………. NO……….

 Diagnostico…………………………………………………..

* ¿Tiene alguna enfermedad psiquiátrica diagnosticada?

SI………. NO……….

 Diagnostico…………………………………………………..

* ¿tiene o ha tenido dependencia al alcohol?

SI………. NO……….

 ¿Hace cuánto tiempo? …………………………………………………..

* ¿Consume actualmente algún medicamento Antidepresivo, ansiolítico o alguna Droga?

SI………. NO………. Especificar…………………………………………..

 ¿Última vez que consumió? …………………………………………………..

* ¿Sufres de ansiedad o estrés?

SI………. NO……….

* ¿Porque quieres tomar medicina ayahuasca? (cuéntanos tu intención)

……………………………………………

……………………………………………………………………………………

* ¿Has participado en una ceremonia de ayahuasca anteriormente?
* Lugar: …………………………..
* Fecha: ………………………….
* ¿Cómo te enteraste de nosotros?

1) Recomendación (indicar nombre de la persona que te recomendo)
2)Página web o fanpage
3)Publicidad de facebook

…………… ……………………………………………………………………………..

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, ……………………………………………………… Con DNI……………..….., he sido correctamente informado de todos los beneficios de participar del Retiro Kawsay Muinana y consideraciones que debo cumplir; asimismo confirmo que he cumplido la dieta y las indicaciones previas y tome conocimiento de los riesgos que puedan presentarse de no cumplir o no responder con verdad el cuestionario.

En tal sentido doy mi consentimiento de manera responsable para tomar la medicina ayahuasca.

Firma -----------------------------------------------------------

 Fecha………………………

Requisitos:

* En la previa entrevista (por telefono llenando la ficha o personal) dejaremos el 50% de adelanto para separar el espacio y el compromiso con la sesión de medicina.

* Venir con ropa ligera Traer tu propio balde o taper ( en caso de alivio)