



## Cuestionario de Salud

**Importante:** Complete este cuestionario tan a fondo como sea posible. Algunas de las preguntas pueden parecer ajenas a su condición, pero pueden jugar un papel importante en el diagnóstico y el tratamiento. Toda la información que usted proporcione en este cuestionario es estrictamente confidencial y pasarán a formar parte de su expediente médico.

Fecha: \_\_\_\_\_

---

### Información del Paciente

Nombre del paciente

Sexo

Fecha de Nacimiento: (mm/dd/yyyy)

Edad

País

Email

Estado Civil

Ocupación Actual

Número de Contacto

Número de Contacto de

Miembro de Familia

(mencionar aquí el número de contacto de una persona para emergencias)

Nombre del hostel/hotel en Cusco

Tipo de Retiro de San Pedro

---



---

## Historial Personal de Salud

Enfermedades de la Infancia:  Sarampión  Paperas  Rubéola  Polio  
 Fiebre reumática  Varicela

Otros:

## Enfermedades Médicas:

Enfermedad:	Edad de Inicio:	Enfermedad:	Edad de Inicio:
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Desorden sangrante	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Infecciones severas	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Defectos genéticos	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bipolar	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cirugías	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="text"/>

¿Cuánta agua bebe usted al día?

¿Cuántas bebidas con cafeína bebe usted por semana (café, té, soda)?

¿Ha habido algún cambio en su estado general de salud en el último año?

---



---

¿Está ahora bajo el cuidado de un médico por un problema en particular?

¿Alguna vez has tenido enfermedades graves, operaciones u hospitalizaciones?  
En caso afirmativo, describa

¿Tiene usted alguna enfermedad cardiovascular, incluyendo ataque al corazón?

¿Sufre de problemas de presión arterial alta?

¿Sufre de problemas de presión arterial baja?

Digestión: Por favor marque abajo cual aplica

- Rápida ( )
- Lenta ( )
- Normal ( )

¿Usted fuma o mastica tabaco?

¿Hay antecedentes de dependencia de alcohol o de químicos o trastorno emocional que puede afectar a la atención que le ofrecemos?

¿Está usted en una dieta restringida? En caso afirmativo, describa

---



---

¿Alguna vez ha tenido algún tipo de diagnóstico psiquiátrico o psicológico? En caso afirmativo, describa

¿Alguna vez ha tenido algún tipo de tratamiento psiquiátrico o psicológico? En caso afirmativo, describa

¿Está usted actualmente en terapia o participa usted es cualquier tipo de grupo de apoyo?

¿Practica la meditación, el yoga, el reiki, la bioenergía o cualquier otra forma de auto-exploración? Si es así, por favor describa

¿Cómo sabe usted de nosotros?

**Medicamentos:**

Listar todos los medicamentos bajo receta médica y los medicamentos de venta libre, hierbas y vitaminas que usted ha estado tomando de forma regular en los últimos 3 meses, y la fecha de la última toma.

Nombre / Frecuencia

Nombre / Frecuencia

Nombre / Frecuencia

---



---

### **Alergias:**

Liste nombres de medicamentos o alimentos que han dado lugar a una reacción desfavorable. Estado de reacción.

Medicamentos:

Alimentos:

### **Cirugías & Accidentes:**

¿Ha tenido alguna cirugía o accidente?

Por favor explique:

### **Traumas & Abuso:**

¿Alguna vez ha tenido algún tipo de traumas o abuso físico o emocional?

Por favor explique:

**Tenga en cuenta que puede optar por discutir esta cuestión en una conversación privada con el personal de Healing Tree Center en su lugar.**



---

---

## Historia Familiar de Salud

¿Alguno de su familiar sufre de un problema de presión arterial alta? (Esta pregunta se hace para saber la historia de PA de la familia).

¿Alguno de su familiar sufre de un problema de presión arterial baja? (Esta pregunta se hace para saber la historia de PA de la familia).

¿Alguno de su familiar sufre de diabetes? (Esta pregunta se hace para conocer la historia de la diabetes de miembros de la familia).

¿Hay personas en su familia con antecedentes de trastornos psiquiátricos?

¿Tus padres aún están vivos? Si:  No:

¿Cómo estuvo tu relación con ellos en el pasado?

¿Cómo está tu relación con ellos ahora?

¿Tienes hermanos? Si:  No:

Si es así, ¿cuántos de cada uno? Hermanos:  Hermanas:

¿Cómo fue/es su relación con ellos en el pasado, y ahora?



---

---

¿Hay alguna pieza específica de información médica relacionada que le gustaría añadir? (Esta pregunta se hace para tener toda la información adicional).


¿Alguna vez has utilizado cualquier tipo de drogas? En caso afirmativo, describa

¿Hace cuánto tiempo?

- |                          |                          |                          |       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Marihuana/Cannabis.....  | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No | ..... |
| Hongos alucinógenos..... | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No | ..... |
| Nicotina.....            | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No | ..... |
| Alcohol.....             | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No | ..... |
| Anfetaminas.....         | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No | ..... |
| Valium.....              | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No | ..... |
| Cocaína.....             | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No | ..... |
| Heroína.....             | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No | ..... |
| Mezcalina.....           | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No | ..... |
| Crack.....               | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No | ..... |
| Ketamina.....            | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No | ..... |
| Éxtasis (MDMA).....      | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No | ..... |
| LSD.....                 | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No | ..... |



Otros: .....

---

---

**Sólo para mujeres:**

¿Está embarazada, o hay alguna posibilidad de que podría estar embarazada? Si es así usted no es capaz de participar en la ceremonia de Ayahuasca.

Sí       No

Ciclo menstrual regular?

Sí       No

Describe:

Control de la natalidad: En caso afirmativo, describa el tipo.

---

- ¿Cuáles son sus metas para el retiro de San Pedro?

**Entiendo la importancia de la historia clínica veraz y completa para asistir a The Healing Tree Center en proporcionar la mejor atención posible.**

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_





---

## LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

El Cliente, al tener al menos 18 (dieciocho) años de edad, en su firma siguiente ha solicitado participar en una ceremonia/retiro de Ayahuasca con The Healing Tree Center y sus respectivos representantes, para lo cual ellos habrán firmado este Formulario de Responsabilidad y Autorización, Y están en plena conciencia de los riesgos de tal.

El cliente declara que ha respondido a su Cuestionario de Historia de Salud de manera veraz y completa y está libre de cualquier problema de salud conocido o desconocido del corazón, físico, mental, drogas o cualquier otro que pudiera impedirles participar o causar complicaciones durante su participación. Están de acuerdo en que su seguridad depende primordialmente de cuidar de sí mismos durante el retiro/ceremonia de Ayahuasca, y de seguir todas las pautas previas y posteriores a la ceremonia/retiro de Ayahuasca, información sobre la dieta y guía de salud. Los clientes deben consultar a sus proveedores de atención médica antes de iniciar cualquier nueva actividad/programa de curación.

Yo, el abajo firmante, estoy firmando libremente este acuerdo. He leído este formulario y entiendo plenamente que al firmar este formulario yo entiendo que la participación en una ceremonia/retiro de Ayahuasca podría presentar un riesgo de lesión o daño a mí mismo, y estoy de acuerdo en que este riesgo me corresponde totalmente a mí, el cliente. Además, por la presente, libero y acepto liberar de toda responsabilidad, de y contra todos y cada uno de los daños y reclamos de cualquier tipo, conocidos o desconocidos, que puedan estar relacionados, sean el resultado de la consideración, preparación, implementación o participación en la mencionada ceremonia/retiro de Ayahuasca en contra de The Healing Tree Center. Esto incluye, pero no se limita a, reclamos que involucran pérdida económica, enfermedad o condición médica, lesión o muerte accidental. Reconozco haber leído y entendido esta Liberación de Responsabilidad. Yo, el Cliente, estoy de acuerdo con esta Liberación de Responsabilidad y precisamente expreso total entendimiento y que no ha sido modificado oralmente o por escrito.

### LEER ANTES DE FIRMAR

El cliente

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE PASAPORTE: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Representante del The Healing Tree Center

NOMBRE: \_\_\_\_\_



FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## **The Healing Tree Center - Políticas del Paciente**

### **Política de reserva**

Para garantizar un enfoque óptimo y atención personalizada para los pacientes, establecemos límites en la cantidad de participantes que tratamos en un momento dado. Los retiros se reservan por orden de llegada. Las reservas se garantizan/afirman solo después de recibir un depósito del 50%. Una vez que se haya hecho el depósito, recibirá un correo electrónico de confirmación garantizando su reserva para sus fechas de preferencia. El 50% restante se recogerá el día de su limpieza de agua medicinal volcánica. Los retiros no comenzarán a menos que se haya realizado el pago completo antes de la fecha de inicio.

### **Política de pago**

The Healing Tree Center acepta pagos en dólares estadounidenses y soles peruanos a una tasa de cambio establecida (3.4%).

Los depósitos para garantizar su reserva se pueden hacer a través de:

Paypal - en USD (Dolares) a [thehealingtreecenter@gmail.com](mailto:thehealingtreecenter@gmail.com). Los pagos deben incluir una tarifa de procesamiento de Paypal del 6,5%.

Western Union - <https://www.westernunion.com> en USD al beneficiario: Italo Jesus Ponce Lopez, y enviando por correo electrónico el Número de Control de Transferencia de Dinero (MTCN) del pago a [thehealingtreecenter@gmail.com](mailto:thehealingtreecenter@gmail.com)

Transferencia bancaria: en USD (Dolares) al Banco BCP. Los pagos deben incluir una tarifa de procesamiento bancario de \$24 USD. Número de cuenta 002-285-3815-6814-1-02-55. Dirección: Avenida El Sol # 189, Cusco, Cusco, Cusco, Perú (la palabra 'Cusco' repetida de esta manera no es un error). Código Swift: BCPLPEPL

### **Política de cancelación / Reservas Perdidas**

Nuestro objetivo es brindar atención médica chamánica individualizada de calidad de manera oportuna. Tratamos de ser lo más flexibles posible y adaptarnos a los horarios de nuestros pacientes, y aceptaremos reservas de corto plazo siempre que haya suficiente tiempo disponible para que los participantes realicen sus pre-preparación previos al retiro. Todas las reservas y/o cancelaciones deben ser confirmadas por escrito (correo electrónico). Aviso verbal no es válido

Las reservas y cancelaciones perdidas crean inconvenientes para nuestro personal, los chamanes, y evitan la programación de otros participantes. Entendemos que surgen situaciones en las que los pacientes pueden necesitar realizar cambios antes del inicio



programado de la reserva, y la notificación previa nos ayuda a ser respetuosos con nuestro personal y con los horarios de los chamanes y nos permite ser considerados con

otros pacientes que deseen reservar con nosotros. Si las cancelaciones ocurren más de 30 días de asegurar una reserva, se reembolsará el 50% del depósito completo; de 15 a 29 días de anticipación, se reembolsará el 30% del depósito; con 5-14 días de anticipación, se reembolsará el 15% del depósito; 4 días o menos antes de su reserva, no se proporcionará ningún reembolso. No se proporcionará ningún reembolso en caso de que se produzcan cancelaciones una vez que los retiros hayan comenzado. En el caso de retiros/ceremonias de reprogramación para situaciones que surgen fuera de la responsabilidad/control The Healing Tree Center, si se recibe una notificación dentro de un período de aviso aceptable, los pacientes pueden reprogramar su reserva a un horario más conveniente para ellos según la disponibilidad del Centro.

### **Responsabilidades del paciente**

#### **Comunicación:**

Requerimos que los pacientes sean completamente honestos al completar su cuestionario de salud, especialmente con respecto al uso de drogas o medicamentos, y el historial de traumas para que podamos garantizar la seguridad del paciente y un diagnóstico completo. The Healing Tree Center es una zona de apoyo y libre de juicios, pero para la seguridad del paciente nos reservamos el derecho de rechazar el tratamiento a pacientes con las siguientes afecciones: Embarazo, cirugía cardíaca/marcapasos, enfermedad mental (por ejemplo, esquizofrenia, bipolarismo), enfermedad de la sangre.

Solicitamos respetuosamente que los pacientes envíen cualquier pregunta o consulta sobre nuestros servicios sin demora para que podamos ayudarlos de manera oportuna.

#### **Apertura y respeto:**

Solicitamos que los pacientes comiencen su viaje con: compromiso, respeto, una mente abierta y un corazón abierto.

#### **Confidencialidad**

El viaje de cada paciente es privado y específico para ellos. Diferentes grupos de pacientes pueden estar presentes al mismo tiempo en nuestro centro para retiros dependiendo de nuestra disponibilidad de reserva. En The Healing Tree Center todos los registros de los pacientes se mantienen de manera confidencial, y para este propósito no podemos proporcionar información de contacto personal. Solicitamos que los pacientes respeten las necesidades, la privacidad y los viajes de otras personas. Esto incluye ser respetuoso de las solicitudes de otros participantes y preferencias personales para espacios privados, o de contacto mínimo o sin contacto después del retiro. Tomamos fotos grupales al final de los retiros para no interferir con el tratamiento de los pacientes y



respetar su sacralidad. Las fotos se usan para documentar las actividades del paciente y se utilizan de forma anónima en el material promocional de The Healing Tree Center, y al

firmar esto, los pacientes aceptan permitir que The Healing Tree Center utilice cualquier fotografía para estos fines.

### LEER ANTES DE FIRMAR

El cliente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número de Pasaporte: \_\_\_\_\_

Representante de The Healing Tree Center

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_