

DECLARACIÓN DE EXENCIÓN DEL PACIENTE EN LA TERAPIA ENERGÉTICA

Yo -----
Comprendo que la terapia unificada tiene como objetivo promover el aumento de consciencia, equilibrar la mente y los pensamientos y tiene como objetivo final que pueda contar, tras la misma, con herramientas para tener un mejor día a día.

En la terapia unificada no existe una crisis de sanación ya que la terapia unificada es una terapia de expansión de la consciencia. Lo que hace la terapia es rescatar y equilibrar la información existente dentro del campo electromagnético de la persona y esta información es para aprendizaje personal y sirve para tener recursos para actuar en el día a día. Todo el proceso es armónico y revelador

Tras la terapia YO asumo mi responsabilidad en mi evolución personal y en la mejora integral de mi ser continuando mi camino sin dependencia hacia la terapia y/o terapeuta.

Terapias de Luz, Laura Vazquez se compromete tras la terapia a explicar toda la información surgida y a la entrega de herramientas como audios, si procede, y sugerencias en cuanto a acciones a realizar en el día a día para completar el proceso de armonización.

YOentiendo que la terapia unificada no compite y no diagnostica enfermedades que son exclusivas de la línea médica. Entiendo que esta terapia no prescribe tratamientos médicos ni realiza el manejo de los medicamentos o de los órganos del cuerpo y que sólo se trabaja a

nivel sutil reestableciendo la armonía, la coherencia, la consciencia y la paz interior.

Esta terapia no sustituye los exámenes o diagnósticos clínicos que se recomiendan para examinar científicamente los órganos y demás funciones del organismo humano.

Entiendo que debo buscar un profesional adecuado del sector médico para obtener estas evaluaciones y recomendaciones basadas en la clínica y la orientación de profesionales específicos que el cuerpo físico necesite.

Entiendo que “Terapias de Luz, Laura Vazquez” jamás me ha sugerido que deje una medicación (en caso de estar tomándola) ni ningún tratamiento que se esté realizando. (en caso de estar realizando alguno). Si esta decisión se asume, es bajo total responsabilidad de la persona que ha solicitado la terapia.

Firma del Terapeuta
LAURA VAZQUEZ
DNI: 54506051F

Firma del Paciente

