Pranic Healing Center of Puerto Rico, Inc.

1708 Ponce de Leon Ave, San Juan, PR 00921

REGISTRO DEL ESTUDIANTE

Nombre: Sr./Sra/Sa._____
(**NOMBRE** como lo desea en su certificado)

Dirección Postal:_____

Ciudad_____ País_____ Código Postal _____

Teléfono: (Casa o Celular) _____ (Trabajo)_____

E-Mail:_____

Profesión: _____ Fecha nacimiento ___/_____/_____
Mes/Día/Año

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL ESTUDIANTE

Por seguridad, favor contestar estas preguntas::

1) ¿Usted fuma? • Sí • A veces • No
2) ¿Usted usa medicamentos recetados? • Sí • A veces • No
3) ¿Usted ingiere bebidas alcohólicas? • Sí • A veces • No
4) ¿Cómo es tu dieta? • Vegetariana • No-Vegetariana
5) ¿Has sido diagnosticado o tiene historial médico de enfermedades contagiosas u otra condición médica (Alta presión, hepatitis, corazón, cáncer ...)? • Sí • Sospecho • No

Favor explique:

_____

_____

6) ¿Ha padecido usted o padece alguna condición psicológica? • Sí • No diagnosticado • No

Favor
Especifique::_____

_____

"WAIVER": Yo prometo que para preservar las enseñanzas de sanación pránica en su forma pura, no infligiré en los **Derechos de Autor** en la propiedad intelectual, materiales de apoyo del curso, enseñanzas, grabación, fotos, reproducción de cualquier forma o medio de las técnicas y las enseñanzas sin la autorización previa por escrito: **Master Choa Kok Sui** y el **Institute for Inner Studies, Inc.** Además, entiendo que ninguna parte del contenido de los cursos o las enseñanzas puede ser interpretada como otorgamiento o implicación de transferencia de los **Derechos de Autor** para enseñar, dar o divulgar las técnicas y las enseñanzas de los cursos sin un contrato del **Institute for Inner Studies, Inc.**

FIRMA: _____ **FECHA:** _____