**www.meditacionmexico.com**

Meditación de Sonido Primordial

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Nombre*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Domicilio*** | | | | | | | | | | | ***Teléfono/Fax*** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| ***Ciudad*** | | | | | | | | ***Ocupación*** | | | | | | | | | **Edad** | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
| ***E-mail*** | | | | | | | | | | ***Fecha de Nacimiento*** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | **\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  ***Día Mes Año*** | | | | | | | | |
| ***Lugar de Nacimiento*** | | | | | | | ***Hora de Nacimiento*** | | | | | | | | | ***Sexo*** | | |
| **Mexico DF** | | | | | | |  | | | | | ***AM*** | | | ***PM*** | ***F*** | | ***M*** |
|  | | |  |  | |  |
| ***¿Has aprendido alguna técnica de Meditación con Mantra?*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***SI*** | ***NO*** | | ***¿Cuál?*** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | ***¿Todavía la practicas?*** | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  |
| ***¿Cómo es tu estado de salud?*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Mental*** | | | | | | ***Físico*** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| ***Por favor anota cualquier medicamento que estés tomando*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mi decisión de aprender la Meditación de Sonido Primordial (MSP) es una decisión personal. No se me ha hecho ninguna promesa o garantía de que recibiré beneficios o resultados específicos. Entiendo que la MSP no es sustituto para tratamientos o servicios normalmente prestados por profesionales del campo médico para problemas físicos o psicológicos. La instrucción que me sea dada durante la MSP es personal y puede no ser apropiada para otras personas. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***FIRMA*** | | | | | | | | | | | | | ***FECHA***  ***\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_***  ***Día Mes Año*** | | | | | |
| ***Para uso de oficina.*** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| ***Lugar de Instrucción*** | | | | | | | | | ***Fecha***  ***\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_*** | | | |  | ***Forma de Pago*** | | | | |