



Curso INICIAL

Felicitaciones por comprometerse a participar en el Curso de Nivel Inicial de CREO Argentina. Adjunto a la presente encontrará información importante, y formularios para que complete, que lo ayudarán a obtener el máximo valor del Curso.

- 1 - Presentación
- 2 - Reglas de Participacion. El facilitador las reverá con usted la noche del miércoles.
- 3 - Consideraciones Generales
- 4 - Inscripción al Nivel Inicial.
- 5 - Garantía de Satisfacción.
- 6 y 7 - Cuestionario Médico

Cada participante, además, deberá tener una llamada de preparación con un miembro del staff, con el propósito de clarificar como funciona el curso y usted obtenga el máximo valor del mismo. Estamos siempre disponibles para contestar cualquiera de sus preguntas. Por favor no dude en contactarnos al 5263.0333. Esperamos su comunicación para empezar a trabajar juntos.

HORARIOS DEL CURSO

- Miércoles 18:30 hs hasta la 1:00 am aprox.
- Jueves 19:30 hs. hasta la 1:00 am aprox.
- Viernes 19:30 hs. hasta la 1:00 am aprox.
- Sábado 11:00 hs. hasta la 23:00 hs aprox.
- Domingo 10:00 hs. hasta aproximadamente las 20:00 hs.

Atentamente.



REGLAS DE PARTICIPACIÓN

Por favor lea atentamente estas reglas. Todos los aspectos importantes de cualquier organización, actividad o juego están definidos a través de reglas. Creemos firmemente que su eficiencia personal como individual depende fundamentalmente de su capacidad de respetar su propia palabra. Las siguientes reglas de participación son factor fundamental para el éxito de este curso.

1. Mantenga absoluta confidencialidad respecto de las experiencias de otros participantes. Recuerde que CREO Argentina no puede garantizar la confidencialidad.
2. Sea puntual. Esté sentado antes de que termine la música que da inicio a cada sesión. Momentos antes del comienzo de cada sesión e inmediatamente después de cada descanso, Ud. escuchará una pieza musical de aproximadamente un minuto y medio de duración.
3. Participe de todas las sesiones del curso. El curso completo comprende los primeros cinco días y la entrevista personal de una hora y media y tendrá lugar entre el lunes y el miércoles siguientes.
4. No hable con las personas a su alrededor. Haga preguntas, converse y comparta con los demás participantes, únicamente cuando le sea permitido por el facilitador o durante los períodos designados para tales actividades. No hable a los costados.
5. No fume, coma, beba, masque chicle dentro del salón donde se dicta el curso.
6. No fume marihuana, ni consuma ningún tipo de bebida alcohólica o droga no recetada por su médico durante los primeros cinco días del curso, ni durante su entrevista personal.
7. Sea responsable por su bienestar físico. Aliméntese adecuadamente, duerma y descanse lo suficiente y no se olvide de tomar los medicamentos recetados en los horarios recomendados por su médico.
8. Esté siempre con su nombre de identificación en un lugar visible, durante la realización del curso. Devuélvalo al final de cada día y antes de las comidas.
9. No use ningún tipo de grabador, ni tome notas dentro del salón durante todo el curso.
10. No se siente al lado de personas conocidas de antes de comenzar el curso.
11. Antes de comenzar cada sesión, apague sus teléfonos celulares.



CONSIDERACIONES GENERALES

El curso de Nivel Inicial ofrece un método de aprendizaje único, en el cual cada participante tiene la oportunidad de examinar de forma directa aspectos esenciales de su existencia. El curso incluye una serie de procesos de aprendizaje que permiten explorar y rever aspectos importantes de su vida. Con frecuencia ciertos participantes sienten emociones y sensaciones que nunca sintieron anteriormente. Para la gran mayoría esta aventura es fascinante, exitante y positiva e incluye un cierto nivel de desafío personal.

Las reacciones y vivencias son únicas y diferentes para cada individuo.

El nivel Inicial es un programa de aprendizaje basado en vivencias individuales y diseñado para mejorar su efectividad personal. No es psicoterapia, terapia clínica ni terapia de grupo. Si bien estos cursos son muy beneficiosos para la gran mayoría de los participantes, en lo que se refiere a efectividad personal y calidad de vida, no deben ser tomados con el objetivo de resolver problemas emocionales, para los cuales, normalmente en nuestra sociedad moderna, se recomienda la terapia psicoanalítica.

ALIMENTACIÓN y DESCANSO

Durante los días del curso es muy importante que Ud. descanse y se alimente adecuadamente. Durante el curso, Ud. tendrá descansos de 20 a 30 minutos cada dos o cuatro horas. Ud. puede tener que adaptar sus horarios para asegurarse de descansar lo suficiente. Todos estos ajustes son de sus responsabilidad.

DERECHO A EXCLUSIÓN

Durante el transcurso del curso los facilitadores se reservan el derecho a excluir a ciertas personas del mismo, por cualquier motivo que determinen necesario. En ese caso CREO Argentina devolverá el dinero pagado por el participante.



INSCRIPCIÓN AL NIVEL INICIAL

Bienvenido,

Felicitaciones por su decisión de participar en el Nivel Inicial de CREO Argentina. Estos formularios deberán ser completados antes de que Usted pueda ser admitido en el curso.

Consideramos que luego de haber leído y completado los mismos, Usted tendrá una mejor perspectiva de sus objetivos y expectativas con respecto a su participación.

Apellido:

Nombre:

Nombre que prefiero que me llamen: Edad:

Dirección completa:

Teléfonos: casa:..... trabajo:..... Celular:

e-mail:

Profesión: Ocupación:

Quién lo refirió a CREO Argentina:

Estado civil:

Hijos: Edades:



GARANTÍA DE SATISFACCIÓN

Usted puede solicitar la devolución de su dinero bajo las siguientes circunstancias:

1. Si completa el curso pero no está satisfecho con el mismo.

En este caso la solicitud de la devolución deberá ser presentada por escrito y recibida en la oficina de CREO Argentina hasta las 19:00 hs. del día lunes posterior a la finalización del curso el día domingo. Su derecho a esta devolución queda anulado pasado ese horario.

2. Si no acepta las reglas de participación explicadas el primer día del curso y por lo tanto elige retirarse durante la explicación de las mismas.

Una vez aceptadas las reglas de participación Ud. no poseerá más el derecho a la devolución de su dinero, a menos que complete Ud. el curso hasta su graduación del día domingo y elija acogerse al punto Nro. 1.

DECLARACIÓN

Declaro mediante el presente que, he leído cuidadosamente el documento que antecede. He comprendido todas las preguntas y recomendaciones y he respondido honestamente a todas las preguntas. Declaro asimismo, que soy mayor de 18 años y asumo responsabilidad por mi participación en el Curso de Nivel Inicial de CREO Argentina.

.....
FIRMA

.....
FECHA

.....
ACLARACIÓN

.....
DNI

Indique dos números de teléfono de familiares y/o amigos:

1. Nombre teléfonos Vínculo

2. Nombre teléfonos Vínculo



CUESTIONARIO MEDICO

El propósito de este cuestionario es que nosotros dispongamos de información, para asegurarnos de su cuidado, para asegurar su bienestar durante y después del curso. Es necesario, que sea absolutamente honesto.

Nosotros no nos responsabilizamos en caso de que exista omisión o cambios de las informaciones solicitadas en este formulario.

Toda la información contenida en esta solicitud es CONFIDENCIAL

Solicitamos que sea específico(a) al responder todas las preguntas.

1. ¿cuántas horas descansa diariamente?

menos de 6 7/8 8/9 más de 9

2. sólo para las mujeres: está embarazada?

NO SI mes:

3. tiene antecedentes personales o familiares de dolencias psiquiátricas?

NO SI en caso afirmativo especifique:

¿cuál es la dolencia psiquiátrica que padece?

¿tuvo alguna internación?

4. ¿toma ud. algún tipo de medicamento que altere su conducta habitual?

(somníferos, tranquilizantes, antidepresivos, psicofármacos en general, etc.)

NO SI en caso afirmativo, especifique:

nombre del medicamento o droga

en que dosis la administra:

5. ¿está actualmente bajo algún tipo de tratamiento psicológico?

NO SI en caso afirmativo, especifique:

cuánto tiempo hace que está realizando dicho tratamiento?

con que frecuencia concurre a su terapia?



CUESTIONARIO MEDICO

6. ¿está actualmente bajo algún tipo de tratamiento psiquiatrico?

No

SI en caso afirmativo,

SE REQUIERE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO, DEL PROFESIONAL CORRESPONDIENTE. (sin excepción)

7. ¿tuvo ud. algún tipo de pérdida de conciencia de origen no traumático?

No

SI en caso afirmativo, por favor explique:.....

8. ¿tiene Ud. algunos de los siguientes síntomas? (en caso afirmativo marque con una cruz)

crisis nerviosas (ataques de llanto, intensa angustia, etc.)

desordenes en la alimentación (anorexia nerviosa, bulimia, etc.)

conductas compulsivas

ataques de pánico

sentimientos de despersonalización

alucinaciones

fobias

depresión

otros,

9. ¿padece ud. algún tipo de adicción (drogas, fármacos, alcohol, et.)

No

SI en caso afirmativo, indique cuál

10. Describa hechos que considere importantes, tales como: abandonos, muertes, accidentes, robos, hechos traumáticos, intentos de suicidio, etc.

.....
FIRMA

.....
FECHA

.....
ACLARACIÓN

.....
DNI