



Curso AVANZADO

Felicitaciones por comprometerse a participar en el Curso de Nivel Avanzado de CREO Argentina. Basado en el aprendizaje realizado en el Nivel Inicial de CREO Argentina este próximo nivel, es una poderosa experiencia interpersonal que le permitirá desafiarse a ir más allá de sus creencias limitantes actuales y podrá descubrir y conectarse con su verdadero ser.

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 - Inscripción

3 - Consideraciones Generales

4 - Declaración

5 a 10 -Tarea. Dedique el tiempo suficiente para completar cuidadosamente estos puntos. Esto le ayudará a que esta experiencia sea muy valiosa para usted.

11 y 12 - Cuestionario médico

Por favor no dude en contactarnos.

Atentamente.



CONSIDERACIONES GENERALES

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 su responsabilidad. Si las circunstancias le impiden alimentarse y descansar lo suficiente, sugerimos que posponga su participación.

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.



INSCRIPCIÓN AL NIVEL AVANZADO

Bienvenido,

Felicitaciones por su decisión de participar en el Nivel Avanzado de CREO Argentina. Estos formularios deberán ser completados antes de comenzar su curso.

Consideramos que luego de haber leído y completado los mismos, Usted estará mejor preparado y predispuesto para participar plenamente y lograr el mayor valor para su vida.

Apellido:

Nombre:

Fecha de Nacimiento: Celular:

e-mail:

Facebook: Instagram:

Quién lo refirió a CREO Argentina:

NOMBRA TRES OBJETIVOS QUE QUIERAS ALCANZAR CON TU PARTICIPACIÓN EN EL CURSO AVANZADO:

1-.....

.....

2-.....

.....

3-.....

.....



DECLARACIÓN

Declaro mediante el presente que, he leído cuidadosamente el documento. 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 Avanzado 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



TAREA

Nombre y Apellido:

1. ¿Cuáles son las formas de ser que se ha comprometido/a a generar a través de su participación en el Nivel Avanzado?

.....

.....

.....

.....

2. ¿Escriba una carilla acerca de que impacto tendría en su vida el ser ese hombre o esa mujer?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



3. Describa, específicamente, tres eventos de su adultez, tres de su adolescencia y tres de su niñez que tuvieron un impacto negativo en su vida y que creencias generó con cada uno de los eventos.

ADULTEZ

1. Evento

.....
.....

Creencias

.....
.....

2. Evento

.....
.....

Creencias

.....
.....

3. Evento

.....
.....

Creencias

.....
.....



ADOLESCENCIA

1. Evento

.....

.....

Creencias

.....

.....

2. Evento

.....

.....

Creencias

.....

.....

3. Evento

.....

.....

Creencias

.....

.....



NIÑEZ

1. Evento

.....

.....

Creencias

.....

.....

2. Evento

.....

.....

Creencias

.....

.....

3. Evento

.....

.....

Creencias

.....

.....



4. Escriba una carilla con respecto a la imagen que proyecta y cómo ésta lo está limitando en su vida.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



5. Escriba una carilla con respecto a las emociones recurrentes en su vida y cómo éstas lo están limitando.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



CUESTIONARIO MÉDICO

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?

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

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