

INSTITUTO ESPIRITUAL SANTO CRUZEIRO
FICHA DE ANAMNESE E TERMO DE RESPONSABILIDADE

POR FAVOR PREENCHER O FORMULARIO PARA QUE ENTENDAMOS COMO MELHOR ACOMPANHAR A SUA EXPERIENCIA

NOME COMPLETO: _____
RG: _____ **CPF:** _____
ENDEREÇO: _____
BAIRRO: _____ **CEP:** _____ **CIDADE:** _____
TELEFONE: () _____ **CELULAR:** () _____
E-MAIL: _____ **DATA DE NASCIMENTO:** _____

Responsável contato: _____

INFORME-NOS SE USOU OU FAZ USO DROGAS OU SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

VOCÊ TEM PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS OU FAZ TRATAMENTOS EM CONSULTÓRIOS DE PSIQUIATRIA? _____ Não ☐

SIM ☐ QUAL? _____

VOCÊ FAZ USO DE PSICOTRÓPICOS OU REMÉDIOS? _____ Não ☐

SIM ☐ QUE TIPO E QUANTO TEMPO? _____

JÁ SOFREU QUALQUER TIPO DE INTERVENÇÃO CIRURGICA? _____ Não ☐

SIM ☐ QUANDO E POR QUÊ? _____

TEM ATUALMENTE PROBLEMAS DE: _____ Não ☐

HIPERTENSÃO: ☐ HIPOTENSÃO: ☐ HÁ QUANTO TEMPO: _____

APRESENTA OU JÁ APRESENTOU QUALQUER TIPO DE PROBLEMAS: _____ Não ☐

CORAÇÃO: ☐ PULMONAR: ☐ QUAL E HÁ QUANTO TEMPO: _____

SOFRE OU JÁ SOFREU DOENÇAS INFECCIOSAS OU DE ALTO CONTÁGIO? _____ Não ☐

SIM ☐ QUE TIPO DE DOENÇA? _____

APRESENTA QUALQUER TIPO DE: _____ Não ☐

CONVULSÃO: ☐ EPILEPSIA: ☐ ESPASMO CEREBRAL: ☐

ESTÁ GRÁVIDA? _____ Não ☐

SIM ☐ QUANTOS MESES _____

TEM DIABETE? _____ Não ☐

SIM ☐ TOMA INSULINA? _____

ALGUM OUTRO PROBLEMA DE SAÚDE A CITAR? _____ Não ☐

1. TENHO PLENA CONSCIÊNCIA DE QUE NO INSTITUTO SANTO CRUZEIRO, É **EXPRESSAMENTE PROIBIDO USAR OU PORTAR** DROGAS OU SUBSTÂNCIAS PROIBIDAS POR LEI.
2. ESTOU CIENTE DE TRATAR-SE DE UM TRABALHO ESPIRITUAL COM **ESTADO AMPLIADO DE CONSCIÊNCIA** ATRAVÉS DO USO INGESTIVO DE AYAHUASCA, INSERIDO EM UM RITUAL RELIGIOSO*
3. ESTOU DE PLENO ACORDO QUE UMA VEZ INICIADO O RITUAL, **SÓ PODEREI ME AUSENTAR** DA CASA OU IR EMBORA **APÓS O TÉRMINO** OU MEDIANTE AUTORIZAÇÃO DE UM RESPONSÁVEL.
4. **TOMO COMPLETA RESPONSABILIDADE** PELA MINHA EXPERIÊNCIA COM A AYAHUASCA DURANTE E APOS O RITUAL.
5. DECLARO SEREM **VERDADEIRAS MINHAS RESPOSTAS** E TER PLENA CIÊNCIA DE QUE AS INFORMAÇÕES AQUI CONTIDAS SÃO DE MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE.
6. DECLARO QUE **ESTOU PLENAMENTE CIENTE DAS NORMAS E DIRETRIZES INTERNAS** PARA PARTICIPAÇÃO NO RITUAL, COM AS QUAIS **CONCORDO SEM QUAISQUER RESERVAS**. COMPROMETO-ME A RESPEITAR-LAS E SEGUI-LAS.

PLENAMENTE DE ACORDO:

ASSINATURA

LOCAL: _____ DATA: ____/____/____ ASS. FISCAL RESPONSÁVEL: _____