



**TESTIMONIOS DE LOS PADRES SOBRE
AVANCES DE SU HIJO**



NOMBRE DEL

ALUMNO: Ricardo Gonz

SESIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL AVANCE	FIRMA DEL PADRE/MADRE
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			



**TESTIMONIOS DE LOS PADRES SOBRE
AVANCES DE SU HIJO**



Fecha:

DATOS DEL ALUMNO:

Indique con una "x", qué curso tomará su hijo:

- ☐ Curso VEO 1
- ☐ Curso VEO 2
- ☐ Curso VEO 3
- ☐ Curso VEO 4
- ☐ Curso VEO ____

Nombre del alumno :

Edad: _____ Grado escolar: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____

Nombre del padre:

Nombre de la madre:

Dirección:

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo electrónico:

¿Algun hermano ha tomado este curso anteriormente?

¿Por qué desea que su hijo tome el curso? (marque con una "X"):

- ☐ Tiene autismo
- ☐ Tiene síndrome de Down
- ☐ Tiene deficiencia mental
- ☐ Tiene problemas de lecto-escritura
- ☐ Tiene problemas de lenguaje
- ☐ Tiene problemas de matemáticas
- ☐ Tiene problemas de aprendizaje o bajo rendimiento escolar
- ☐ Tiene baja autoestima o es inseguro
- ☐ Tiene mala conducta
- ☐ Tiene miedo porque dice ver fantasmas
- ☐ Tiene traumas mentales
- ☐ Tiene dislexia
- ☐ Tiene problemas para dormir
- ☐ Se orina en la cama
- ☐ Es dísforia visual
- ☐ Es invidente

Otros: _____

INFORMACIÓN GENERAL

¿Está su hijo(a) actualmente bajo algún tratamiento médico?

¿Tiene problemas alimenticios?

Defina el estado de salud física actual de su hijo(a):

EXCELENTE: _____

BUENO: _____

REGULAR: _____

MALO: _____

Defina el estado de salud mental actual de su hijo(a):

EXCELENTE: _____

BUENO: _____

REGULAR: _____

MALO: _____

¿Cómo se enteró de las clases de Visión Extra Ocular?

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD MÉDICA Y PSICOLÓGICA

El desarrollo proporcionado en este espacio o bajo el nombre de "Developing your Mind" **NO** puede en ningún modo sustituir la opinión de un profesional médico o psicológico (Médico, Psiquiatra, Psicólogo, u otros). **No** deberá en ningún modo ser interpretada como un intento de ofrecer un consejo médico, diagnóstico o tratamiento, que pudiera interferir en la práctica médica, psiquiátrica, o psicológica.

Entiendo y me doy por informado(a) de manera clara que el desarrollo proporcionado por "Developing Your Mind", **NO** es proporcionado por un profesional de medicina o psicólogo-a. El desarrollo mental en "Developing your Mind" deberá ser tomado como una Técnica Alternativa para el desarrollo humano y mental. Por lo que cualquier resultado en aplicación de dicha técnica será completa responsabilidad de quien lo toma.

Nombre del Padre/Madre o Tutor:

Firma de enterado:

Fecha:

AUTORIZACIÓN

Doy mi permiso para que mi hijo(a) participe en actividades en relación con el curso de desarrollo mental, de 10 sesiones semanales a cargo de los instructores capacitados de "Developing your Mind" en sus instalaciones.

Entiendo que mi participación en el seguimiento de las tareas en casa son una parte importante del proceso de desarrollo mental, y por lo tanto, estoy de acuerdo en participar y seguir en su totalidad las recomendaciones dadas por los instructores en cada sesión semanal para optimizar los resultados en el proceso de desarrollo de mi hijo (a)

Nombre del Padre/Madre o Tutor:

Firma de enterado:

Fecha:

AUTHORIZATION RELEASE

I hereby give my permission for my child to participate in activities in connection with my child's enrollment in the mind development course, given by the trained staff representatives of "Developing your Mind" at their indoor facilities.

I understand that my participation in the follow up of the home work activities are an important part of the mind development process, and therefore, I agree to participate and follow in full the recommendations given by the instructor in each weekly session in accordance to optimize results in the development process of my child.

Name of Parent/Guardian:

Signature of Parent/Guardian:

Date:

DISCLAIMER

The development provided in this space or under the name of "Developing your Mind" can **not** and **does not** replace the advice of any health professional (Medical Physician, Psychiatrist, Psychologist, or other). It should **not** be construed as an attempt to provide medical services, advice, diagnosis, or treatment that could interfere with any medical, psychiatric, or psychological practice.

I fully understand that the services provided by Developing Your Mind, **do not**, replace in any way the advice or services of any health professional Medical physician, psychiatrist, psychologist. And that the services provided by "Developing you mind" should be taken only as an Alternative method for intellectual and human development: therefore the application and outcome of the techniques here provided are the sole responsibility of the individuals who attend to take the development courses.

Name of Parent/Guardian:

Signature of Parent/Guardian:

Date:
