

CONSENTIMIENTO A LA NEUROTERAPIA – QEEG AND NEUROFEEDBACK

Yo, _____ he leído y entendido la **Información Sobre Neuroterapia – QEEG y Neurofeedback**. Además reconozco que yo busco y acepto la evaluación de QEEG y el tratamiento con neurofeedback con Dra. Cristina Lima.

Yo, _____ como padre, madre o tutor legal, en el entendido de que tengo la autoridad legal para otorgar el consentimiento para los servicios de neuroterapia en nombre de _____, he leído y entendido la **Información Sobre Neuroterapia – QEEG y Neurofeedback**. Además reconozco que yo busco y acepto que él/ella se someta a la evaluación de QEEG y el tratamiento con neurofeedback con Dra. Cristina Lima.

Firma(s)

Fecha