



**Sociedad Puertorriqueña de Hipnosis Terapéutica**  
[www.hipnosisterapeutica.com](http://www.hipnosisterapeutica.com)

**Hoja de Registro del Curso Básico de Hipnosis**

Registro No. \_\_\_\_ Miembro de la SPHT Sí \_\_ No \_\_

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección Electrónica: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Oficina \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Grados Académicos \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

No de Licencia Profesional (si aplica): \_\_\_\_\_

¿Tiene experiencia o ha practicado la hipnosis? Sí \_\_ No \_\_

¿Cuántos Años? \_\_\_\_\_

¿Ha tomado cursos de hipnosis previos al presente? Sí \_\_ No \_\_

Por favor enumere los cursos que ha tomado en los últimos cinco años y sus  
auspiciadores:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha realizado investigaciones relacionadas a la hipnosis? Sí \_\_ No \_\_

Comentes sobre sus investigaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Le interesa realizar investigaciones relacionadas con la hipnosis? Sí  No

Modo de pago del Curso: Efectivo  Cheque  Otro  \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de este Curso?

Amigos  Colegas  Correo Electrónico  Página *Web*  Prensa

Otros  \_\_\_\_\_

Comentarios:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Por este medio me comprometo a asistir y participar de las diferentes actividades del Curso Básico de Hipnosis y cumplir con los costes y requisitos. (Nota: El envío electrónico de la forma debidamente cumplimentado es el equivalente a la firma.)**

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Firma del Oficial de la SPHT

**Escriba su nombre en letra de molde como quiere que aparezca en su certificado.**

---