



Mama Love Placenta Encapsulation | MamaLoveMer@gmail.com 310-560-8599

Formulario de Responsabilidad

Yo, _____ entiendo y reconozco que, de acuerdo con las leyes y estatutos de mi estado, la elección de encapsular mi placenta no tiene la intención de prevenir o tratar ninguna enfermedad, dolencia o síntoma físico o mental y que estoy eligiendo consumir mi placenta por mis propias creencias personales, ya sean espirituales o culturales.

Reconozco que mi especialista en placenta me ha proporcionado información concreta sobre los beneficios y riesgos de la encapsulación de la placenta, y he leído todos los documentos incluidos. Entiendo que mi placenta será manipulada y encapsulada de acuerdo con las normas estatales y de seguridad alimentaria y manipulación de OSHA, y se limpiará, cocinará, deshidratará y se pondrá en forma de píldora en un espacio de trabajo higiénico y estéril. Al recibir mis cápsulas de placenta de mi especialista en placenta, renuncio a todos y cada uno de los derechos de responsabilizar al especialista por cualquier efecto no deseado del consumo de las cápsulas. Esto puede incluir un exceso de leche, un cambio hormonal, ansiedad o insomnio. Estos efectos secundarios son raros, pero se han informado. Acepto comunicarme con mi especialista en placenta de inmediato si experimento alguno de estos efectos secundarios.

Mi especialista está de acuerdo en completar (1-2) visitas de seguimiento posparto hasta (6) semanas después del parto según lo solicite. No responsabilizo a mi especialista en placenta por ningún percance de transporte que esté fuera de su control (por ejemplo, accidente automovilístico o detención), y entiendo que estoy eligiendo que el especialista encapsule mi placenta en el hogar del especialista.

Confío plenamente y reconozco que se está manejando en un entorno higiénico y seguro. Confío y confío en que mi especialista en placenta ha sido capacitado correctamente para preparar remedios para la placenta. He confirmado con mi especialista en placenta que me he hecho la prueba de ETS y los resultados fueron negativos. Si mis resultados de sangre indican hepatitis o VIH/SIDA, entiendo que mi especialista en placenta me derivará a otro especialista en placenta que pueda preparar mi placenta en mi casa, utilizando algunos de mis propios suministros. Las precauciones universales para la desinfección son las mismas para cada cliente. Entiendo que debo informar a mis especialistas en placenta de cualquier ETS, hepatitis o VIH/SIDA.

Entiendo que al recibir las píldoras, mi especialista en placenta ya no es responsable, incluido, entre otros, cualquier otra persona que ingiera mis propias cápsulas de placenta.

Imprimir nombre del cliente: _____

Firma del cliente: _____

Especialista en placenta: Meriah Davis _____

Fecha: _____