

Información del cliente

Nombre: _____ Tel (____) _____ Fecha de nac.: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Referido por: _____ Tel (____) _____

En caso de emergencia: _____ Tel (____) _____

Información general y médica

Profesión: _____ Masculino Femenino Médico: _____

Compañía de seguro médico _____

Dedique unos instantes para leer cuidadosamente la siguiente información y firme donde se indica. Si usted tiene una condición médica o síntomas específicos, el masaje/trabajo corporal puede estar contraindicado. Puede ser necesaria una remisión de su médico de cabecera antes de proporcionarle el servicio.

Sí No ¿Alguna vez recibió una sesión de masaje o trabajo corporal de un profesional? ¿Hace cuánto? _____

Si responde "sí" a cualquiera de las siguientes preguntas, sírvase explicar lo más claro posible.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Sufre de estrés frecuentemente? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Le salen hematomas/cardenales con facilidad? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene diabetes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se ha quebrado algún hueso en los últimos dos años? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha estado en algún accidente o sufrido alguna lesión en los últimos dos años? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está embarazada? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Sufre de tensión o dolor en algún área específica? Especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Sufre de artritis? | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Usa lentes de contacto? | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Usa dientes postizos? | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene presión sanguínea alta? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene problemas cardiacos o circulatorios? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí" a la pregunta anterior, ¿toma alguna medicina para esto? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Sufre de dolores de espalda? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Sufre de epilepsia o convulsiones? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene entumecimiento o dolor punzante en alguna parte? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Sufre de inflamación en las articulaciones? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es usted muy sensible a al tacto o presión en alguna zona? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene venas varicosas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha tenido cirugía alguna vez? Explique abajo. |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Sufre de alguna enfermedad contagiosa? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Sufre de alguna otra condición médica, o está tomando alguna medicina de la que yo debería tener conocimiento? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Sufre de osteoporosis? | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Sufre de alguna alergia? | Comentarios: _____ |

Comprendo que el masaje/trabajo corporal que reciba es proporcionado con el propósito básico de relajación y alivio de tensión muscular. Si llegara a experimentar dolor o molestia durante esta sesión, le informaré inmediatamente al especialista para que la presión y/o toque puedan ajustarse a mi nivel de comodidad. Comprendo, además, que el masaje o trabajo corporal no debe interpretarse como sustituto de exámen, diagnóstico o tratamiento médico y que yo debería ver a un médico, quiropráctico u otro especialista médico calificado por cualquier dolencia física o mental de la que tenga conocimiento. Comprendo que los especialistas en masaje y trabajo corporal no están calificados para realizar ajustes espinales o esqueléticos, para hacer diagnósticos, prescripciones o para tratar ninguna enfermedad física o mental, y que nada de lo que se diga durante el curso de la sesión debe interpretarse como tal. Debido a que el masaje/trabajo corporal no debe realizarse bajo ciertas condiciones médicas, yo ratifico que he declarado todas mis condiciones médicas de las que tengo conocimiento y que he contestado honestamente a todas las preguntas. Me comprometo a mantener informado al especialista respecto de cualquier cambio en mi perfil médico y si yo no cumpliera, comprendo que el especialista no será responsable por ello. Además comprendo que cualquier sugerencia o comentario ilícito o sexualmente sugerente que yo hiciera tendrá como resultado la finalización de la sesión, y seré responsable por el pago de la sesión programada.

Firma del cliente _____ Fecha _____

Firma del especialista _____ Fecha _____

Consentimiento de tratamiento a un menor: yo, el abajofirmante, por la presente autorizo a _____
A administrar técnicas de terapia de masaje, trabajo corporal o somática a mi hijo/a o dependiente según lo estime necesario.

Firma del padre/madre/guardián _____ Fecha _____