



Información del paciente - Terapia de masaje

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Ocupación: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

¿Cómo nos encontraste? _____

¿Está actualmente en el cuidado del médico? Sí/No Si es así, ¿por qué? _____

¿Tomas algún medicamento? En caso afirmativo, ¿cuál es? _____

¿Alguna otra condición médica que debemos tener en cuenta? Sí/No Si es así, especifique: _____

¿Tiene alguna alergia a los aceites, lociones o cremas perfumados / sin perfume? Sí/No En caso afirmativo, por favor specify _____

Cáncer: ¿Qué tipo y cuándo? _____

Cirugías: ¿Cuál y cuándo? _____

Por favor, haga un círculo si sufre de cualquiera de los siguientes:

Anemia severa / Asma / Alergias / Diabetes / Dolores de cabeza / Fatiga crónica / Aneurisma / Problemas cardíacos / Circulatorio / Respiratorio / Presión arterial alta / Trombosis

Presión arterial: bajo / normal / alto Colesterol: bajo / normal / alto

¿Está embarazada? Sí/No En caso afirmativo, ¿cuántas semanas? _____

¿Has tenido un masaje profesional antes? Sí/No Si es así, fecha del último masaje ____/____/____

¿Alguna área en la que le gustaría que su terapeuta se concentrara? _____

¿Alguna vez te has hecho un masaje linfático? Sí/No ¿Última serie? _____

¿Resultados? _____

¿Utiliza alguno de los siguientes y con qué frecuencia los usa?

Cigarettes _____ Alcohol _____

¿Haces ejercicio? Sí/No ¿Con qué frecuencia? _____

En caso de emergencia, ¿a quién debemos llamar? Nombre: _____

Numero de teléfono: _____

Es mi elección recibir terapia de masaje. Me doy cuenta de que el tratamiento se está dando para el bienestar de mi cuerpo y mente. Acepto comunicarme con mi practicante de masajes cada vez que siento que mi bienestar se ve comprometido. Entiendo que los profesionales del masaje no diagnostican enfermedades, enfermedades o cualquier trastorno físico o mental; tampoco prescriben tratamientos médicos, productos farmacéuticos o realizan manipulaciones de empuje espinal. Al firmar en la línea a continuación, estoy de acuerdo en que las preguntas anteriores fueron respondidas honestamente a mi leal saber y entender. Acepto la política de cancelación/reprogramación de Alora Health Spa y daré al menos 24 horas de anticipación si necesito cancelar o reprogramar mis citas. Si se compró una serie de sesiones y decido cesar mis tratamientos, no se me emitirá un reembolso. Acepto tener una comunicación abierta con mi terapeuta sobre cualquier inquietud que tenga antes, durante y después de mi masaje. Por la presente reconozco que mi terapeuta no me ha recetado, no es y no prescribirá (orden para su uso como medicamento) para mí en ningún momento y yo, el abajo firmante, no los haré responsables de ello.

Signatura: _____ Fecha: _____

Notas: _____

