



Información del paciente – Terapia de masaje postoperatoria

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Ocupación: _____ Numero de teléfono: _____
Correo electrónico: _____
¿Cómo nos encontraste? _____

**TENGA EN CUENTA QUE NO RETIRE LOS DRENAJES,
VUELVA A ABRIR CUALQUIER INCISIÓN O DRENE LOS SEROMAS**

¿Tiene permiso de su médico para recibir este servicio? _____
¿Cuál fue su procedimiento? _____
¿Cuándo fue su procedimiento? _____
¿Unacomplación durante o después de su procedimiento? En caso afirmativo, sírvase especificar: _____

¿A qué clínica médica fuiste? _____
¿Quién era su médico? _____
¿Está tomando actualmente algún medicamento? En caso afirmativo, ¿cuál es? _____

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

¿Te has hecho un masaje post-surgery? Sí/No ¿Cuándo fue la última sesión? _____

¿Tiene implantes metálicos o usa un marcapasos? Sí/No

¿Ha tenido o tiene cáncer? Sí/No Si es así, ¿de qué tipo? _____

Presión arterial: Baja / Normal / Alta

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

Cigarettes _____ Alcohol _____

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

¿Da permiso para que Alora Health Spa y el personal tomen fotos de su procedimiento para monitorear su progreso? Sí/No _____ Inicial

¿Quieres que tu cara sea incluida en las fotos? Sí/No _____ Inicial

¿Da permiso para que Alora Health Spa y el personal usen sus fotos con fines educativos? Sí/No _____ Inicial

¿Da permiso para que Alora Health Spa y el personal utilicen sus fotos con fines publicitarios? Sí/No _____ Inicial

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

Numero de telefono: _____

Es mi elección recibir masajes postoperatorios. Me doy cuenta de que el tratamiento se está dando para ayudar en la curación del cuerpo después de un procedimiento reciente. Acepto comunicarme con mi terapeuta de masaje cada vez que siento que mi bienestar se ve comprometido. Entiendo que el masajista no diagnostica enfermedades, enfermedades o cualquier trastorno físico o mental; tampoco prescriben tratamientos ni medicamentos. Mi terapeuta de masaje tiene el derecho de rechazar el servicio si sienten que puede causar más daño que bien o necesitan ser vistos por un médico o especialista médico. Al firmar en la línea a continuación, estoy de acuerdo en que las preguntas anteriores fueron respondidas honestamente a mi leal saber y entender. También entiendo que mi terapeuta no es responsable de las complicaciones de curación si ocurren alguna. 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. Por último, acepto tener una comunicación abierta con mi terapeuta sobre cualquier inquietud que tenga antes, durante y después de mi masaje postoperatorios.

Signatura: _____ Fecha: _____

Notas:

