

FORMULA DE INGESTA DE TERAPIA DE MASAJE

NOMBRE DEL CLIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ **NUMERO:** _____

Por favor tome un momento para leer cuidadosamente las siguientes preguntas y marque como se indica. La terapia de masaje puede estar contraindicada en el caso de ciertas condiciones médicas o problemas de salud. Por favor circule una "S" para Sí y una "N" para No.

¿Alguna vez has experimentado un masaje? S / N ¿Cuáles son sus metas para su masaje hoy?

-
- ¿Está usando lentes de contacto? S / N
 - ¿Está usando prótesis dentales? S / N
 - ¿Estas embarazada? S / N
 - ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? S / N
 - ¿Sufre de artritis? S / N
 - ¿Tiene la presión arterial alta? S / N
 - ¿Tiene actualmente alguna enfermedad médica diagnosticada o condiciones? S / N
Lista: _____
 - ¿Alguna vez ha tenido huesos rotos, cirugías o lesiones graves? S / N
 - Describa: _____
 - ¿Tiene adormecimiento, hormigueo o puñaladas? S / N
 - Si es así, donde: _____
 - ¿Tienes diabetes? S / N
 - ¿Alguna vez ha tenido cáncer? S / N
 - ¿Si es así, cual tipo? _____
 - Por favor indique los medicamentos recetados que toma:

 - Por favor liste las áreas del cuerpo que usted tiene dolor crónico, tensión, rigidez o dolor: _____
 - ¿Cuál es el nivel de estrés en su vida ahora en una escala de 0-10? _____ Si es alto, explique las causas posibles: _____

 - ¿Es usted alérgico a aromas de aromaterapia o tiene una reacción a cremas o lociones específicas? Si es así, sea específico: _____
Anote todas las áreas del cuerpo, debido a condiciones médicas o preferencias personales, que le gustaría que el terapeuta evite: _____
 - ¿Cuáles son tus metas de bienestar?: _____

Al firmar a continuación, entiendo que la terapia de masaje que recibo se proporciona para el propósito básico de relajación, reducción del estrés y alivio de la tensión muscular. Entiendo que el masaje y / o la información proporcionada por Common Ground no debe interpretarse en modo alguno como un sustituto del examen médico, diagnóstico o tratamiento.

También entiendo que cualquier observación inapropiada o sexualmente sugestiva hecha por mí dará lugar a la terminación inmediata de la sesión, y seré responsable del pago completo de la cita programada.

FIRMA DEL CLIENTE _____ **FECHA** _____