

In Touch

Therapeutic Massage & Bodywork

Nombre: _____ Tel () _____ Fecha de nac: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
 Correo Electrónico: _____ Referido por: _____ Tel () _____
 Profesión: _____ M F Médico: _____ Compañía de seguro médico: _____
 En caso de emergencia: _____ Tel () _____

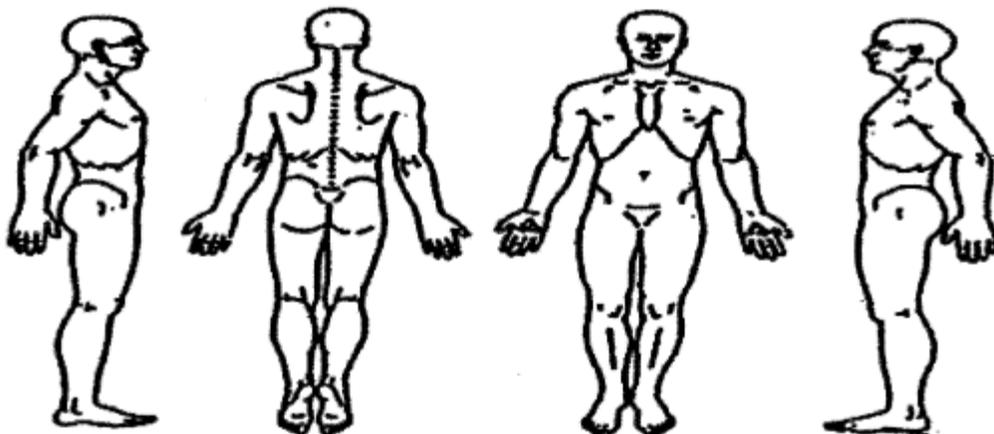
Dedique unos momentos para leer cuidadosamente la siguiente información y firme donde se indica. Si usted tiene una condición médica o síntomas específicos, el masaje/trabajo corporal puede estar contraindicado. Puede ser necesaria una remisión de su médico de cabecera antes de proporcionarle el servicio.

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

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

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

Indique en el dibujo donde tiene dolencias/síntomas:



Que tan frecuente presentan los síntomas?

- Constantemente (75 – 100% del tiempo) Ocasionalmente (25 – 50% del tiempo)
 Frecuentemente (50 – 75% del tiempo) Intermitentemente (1 – 25% del tiempo)

Cómo describiría el tipo de dolencia?

- Agudo Dormido
 Sordo Hormigueo
 Difuso Agudo con movimiento
 Incomoda Fuerte con movimiento
 Quemante Punzante con movimiento
 Fuerte Eléctrico con movimiento
 Rígido Otro: _____

Cómo cambian sus síntomas con el tiempo?

- Empeoran Se mantienen igual Mejoran

A Quien más a acudido por su problema?

- Quiropráctico Neurólogo Doctor general
 Doctor de emergencia Ortopedista Otro: _____
 Masajista Terapeuta físico Nadie

Como cree que empezó el problema? _____

Comprendo que masaje/trabajo el 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 examen, 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 abajo firmante, por la presente autorizo a Amber Solis, LMT 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 _____