

Formulario de Admisión del Cliente

Información Personal

Nombre: _____ Apellido(s): _____

Nombre(s) que Prefiere: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

¿Cómo escuchó acerca de nosotros? ¿Quién lo refirió? _____

Contacto de Emergencia: _____

Relación con Usted: _____ Teléfono Contacto de Emergencia: _____

Experiencia con Masaje

¿Ha recibido un masaje profesional antes? ☐ Sí ☐ No

¿Cuáles son sus metas para tratamiento? ☐ Relajación ☐ Dolor ☐ Otra: _____

Salud Actual

¿Se ejercita regularmente y/o participa en algún deporte? ¿Qué tipo de ejercicio/deporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

¿Hace algún movimiento repetitivo en su trabajo, deporte o pasatiempo? Describa:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Se sienta por muchas horas en su espacio de trabajo, computadora o manejando? Describa:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Siente estrés en su trabajo, familia u otro aspecto en su vida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Está sintiendo tensión, rigidez, incomodidad o dolor? Describa:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Recientemente ha tenido una lesión, cirugía o áreas de inflamación? Describa:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Tiene la piel sensitiva? Explique:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------------------	---

¿Tiene alergias a aceites, lociones o ungüento? Explique:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

¿Se ha hecho recientemente un tatuaje o perforación de aretes? Explique:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

Indique los medicamentos que está tomando actualmente: _____

Historial de Salud

Por favor, indique si tiene algún problema de salud en las siguientes áreas:

Músculos y Huesos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique:
Piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique:
Circulación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique:
Respiración	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique:
Sistema Nervioso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique:
Psicológico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique:
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique:
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique:

Acuerdo del Cliente y Póliza de Cancelación

Es mi decisión el recibir terapia de masaje. Estoy al tanto de los beneficios y riesgos de los masajes y doy mi consentimiento para recibir masaje. Entiendo que no hay garantía implícita o explícita de éxito o efectividad de técnicas individuales o una serie de citas. Reconozco que la terapia de masajes no es un sustituto para el cuidado, examinación o diagnóstico médico. He descrito todas las condiciones médicas de las cuales estoy al tanto e informaré a mi terapeuta de cualquier cambio en mi estatus de salud. Soy responsable por todos los cargos de todos los servicios proveídos al momento del servicio.

Entiendo que se me cobrara el costo completo del servicio si no cancelo mi cita con 24 horas de anticipación o si no llego a mi cita.

Firma

Fecha

Firma del padre o guardián legal (si el cliente es un menor)