
Multicolor Massage Therapy, LLC

Juan Rodriguez, LMT | Licensed Massage Therapist | Lic.#: MT135507 (Texas), MT012317 (Georgia)
(404) 954-0904 | multicolorwellness.com

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? Sí No

¿Hace algún movimiento repetitivo en su trabajo, deporte o pasatiempo? Describa: Sí No

¿Se sienta por muchas horas en su espacio de trabajo, computadora o manejando? Sí No
Describa:

¿Siente estrés en su trabajo, familia u otro aspecto en su vida? Sí No

¿Está sintiendo tensión, rigidez, incomodidad o dolor? Describa: Sí No

¿Recientemente ha tenido una lesión, cirugía o áreas de inflamación? Describa: Sí No

¿Tiene la piel sensitiva? Explique: Sí No

¿Tiene alergias a aceites, lociones o ungüento? Explique: Sí No

¿Se ha hecho recientemente un tatuaje o perforación de aretes? Explique: Sí 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 Sí No Explique:

Piel Sí No Explique:

Circulación Sí No Explique:

Respiración Sí No Explique:

Sistema Nervioso Sí No Explique:

Psicológico Sí No Explique:

¿Está embarazada? Sí No Explique:

Otro Sí 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 parent o guardián legal (si el cliente es un menor)