

## Información del cliente

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_ Tel ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

En caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Tel ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

### Información general y médica

Profesión: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino Médico: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro médico \_\_\_\_\_

Dedique unos instantes 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.

Sí  No ¿Alguna vez recibió una sesión de masaje o trabajo corporal de un profesional? ¿Hace cuánto? \_\_\_\_\_

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

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

Comprendo que el masaje/trabajo 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 exámen, 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 abajofirmante, por la presente autorizo a \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

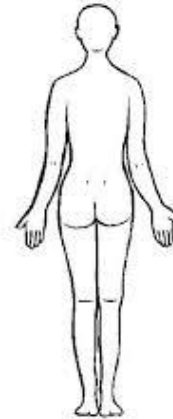
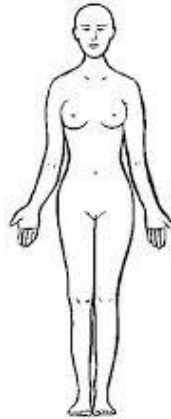


**Armonía Health LLC** Sesión individual de masaje corporal

Circule las areas de dolor o molestia que desea que el terapeuta se enfoque:

Derecho

Izquierdo



Las regulaciones HIPAA requieren que todos los profesionales obtengan un formulario de autorización firmado por su paciente / cliente antes de tomar cualquier información sobre ellos. Los clientes deben recibir una copia del formulario que firmaron, si desean, y el profesional conserva una copia para sus registros. Doy mi permiso para que mi terapeuta tome notas que incluyen historial de salud / información médica y / o personal que decido revelar si lo considera necesario. Entiendo que esta información puede ser compartida bajo obligaciones legales o con otro profesional médico o proveedor de atención médica para mejorar mi calidad de atención. Armonia Health LLC trabaja con un modelo integrativo, por lo que doy permiso a que mi archivo se pueda compartir si veo a otro profesional/terapeuta en Armonia Health LLC.

Si acepto el uso de ventosas durante mi sesión de masaje corporal, entiendo que las ventosas pueden causar un morete o enrojecimiento en las areas aplicadas. Esto se disminuye dentro de unos dias y es parte del efecto terapéutico de las ventosas.

Nuestra oficina requiere un aviso de 48 horas si necesita cancelar o cambiar la cita de masaje; menos de 24 horas de aviso de cancelación de mi sesión de masaje incurrirá en una tarifa del 100% de la sesión. Consulte nuestra pagina web o pregunte a la oficina sobre el costo de su sesión.

Agradecemos su consideración respecto a este arreglo.

Aceptamos efectivo, cheque a Armonía Health LLC o tarjeta de crédito el dia del servicio.

Firma del cliente/padre/guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre escrito del cliente/padre/guardian: \_\_\_\_\_

Practitioner signature: \_\_\_\_\_ Printed name: \_\_\_\_\_