



Armonía Health LLC

(919) 251-9698 | (919) 225-2340

www.armoniahealth.com

1911 Hillandale Road Suite 1230 Durham, NC 27705

Formulario de consentimiento para el masaje

Las ventosas marcan la piel con un anillo o círculo rojo o morado. Esto se debe a la succión de las copas que trae la circulación hacia la superficie de la piel para que el mismo cuerpo mueva de la circulación estancada en esa área. Las marcas son una reacción normal y esperada de las ventosas. Esta coloración se desaparece por sí sola en unas horas o en unos días.

Las regulaciones de la HIPAA requieren que todos los profesionales obtengan un formulario de liberación firmado de su paciente/cliente antes de tomar cualquier información sobre ellos. Los clientes deben recibir una copia del formulario que firmaron (con previa solicitud) y el profesional mantiene una copia para sus registros. Doy mi permiso, para que mi practicante, tome notas, incluyendo historia de la salud / información médica y / o personal que elijo revelar al practicante si el practicante 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. Armonía Health LLC trabaja con un modelo cooperativo, por lo que mi archivo se comparte si veo a otro practicante en esta práctica y mi firma en este formulario da permiso a los practicantes de Armonía Health LLC para hablar entre sí.

Entiendo que Armonía Health LLC requiere **48 horas** de anticipación si necesito cancelar o cambiar mi cita. Si cancelo menos de 24 horas antes de mi cita o no vengo a la cita, entiendo que se me cobrará el 100% de la cuota de la sesión. Entiendo que, si llego 30 minutos tarde a mi cita, mi sesión no se extenderá, y se me cobrará la cuota de la sesión completa. Sé que puedo cancelar o cambiar mi cita usando el sistema de programación en línea o llamando y dejando un mensaje en el buzón de voz de Armonía Health LLC.

Las tarifas actuales de masaje se publican en el sitio web de Armonía Health LLC y en la oficina. Las tarifas de sesión de masaje se pagan en efectivo, cheque o tarjeta de crédito a Armonía Health LLC el día de servicio.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Firma del padre/tutor: _____

Nombre impreso: _____