**Información del cliente**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ codigo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electronico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Referido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de Emergencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ Hombre \_ Mujer Doctor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aseguranza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor tome un momento para leer la siguiente informacion y firmar donde se el indica. Si tiene alguna condicion medica o sintomas el masaje/tratamiento puede ser contraindicado. Se le pedira una carta de permiso de su doctor de cabesera antes de hacer el masaje / tratamiento.**

Ha experimentado masaje professional o tratamiento anterior mente? \_ si \_ No Hace Cuanto tiempo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Que clase de presion prefiere? \_ leve \_ mediana \_ fuerte

Cuales son sus metas hoy?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Si contesta que “si” a alguna de las siguientes preguntas porfavor explique lo mas claro posible***

\_ Si \_ No Frecuentemente Sufre de estress? \_ Si \_ No Tiene diabetes?

\_ Si \_ No Experimenta frequentes Dolores de cabeza? \_ Si \_ No Esta Embarazada?

\_ Si \_ No Sufre de arthritis? \_ Si \_ No Usa lentes de Contacto?

\_Si \_ No Usa dentaduras? \_ Si \_ No Tiene Presion Alta? \_ Si \_ No Esta tomando medicina para la precion alta? \_ Si \_ No Sufre de epilepsia o convulciones?

\_ Si \_ No Sufre de inflamacion de las articulaciones? \_ Si \_ No Tiene venas varicosas?

\_ Si \_ No Tiene osteoporosis? \_ Si \_ No Tiene allergias?

\_ Si \_ No Se le hacen moretones con facilidad? \_ Si \_ No sufre de dolor de espalda?

\_ Si \_ No Ha tenido algun hueso roto en los ultimos 2 años? \_ Si \_ No es sensible a precion en alguna area?

\_ Si \_ No tiene problemas circulatorios o cardiovasculares? \_ Si \_ No ha tenido alguna sirugia?

\_ Si \_ No Ha tenido algun accidente en los ultimos 2 años? \_ Si \_ No tiene alguna area de tension o dolor?

Por favor especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ Si \_ No Tiene entumecimiento o Dolores punzantes?

\_ Si \_ No Alguna otra condicion medica o esta tomando alguna medicina?

Comentarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo entiendo que el masaje/trabajo corporal que voy a recebir es para proposito de relajacion y reduccion de tension muscular. Si experimento dolor o incomodidad durante la session yo inmediatamente le hare saber a el practicante para que alijere la presion a mi nivel de conformidad. Además, entiendo que el masaje o trabajo corporal no debe interpretarse como un sustituto para un examen médico,el diagnóstico o el tratamiento y que debería ver a un médico, quiropráctico u otro especialista médico cualificado para cualquier dolencia física o mental de la que soy consciente. Entiendo que el masaje / trabajo corporal y los profesionales no están calificados para realizar ajustes de la columna o del esqueleto, diagnosticar, prescribir o tratar cualquier enfermedad física o mental, y que nada de lo dicho en el curso de la reunión en cuestión, debe interpretarse como tales. Dado que el masaje / trabajo corporal no debe realizarse bajo ciertas condiciones médicas, afirmo que he declarado todos mis condiciones médicas conocidas y respondió a todas las preguntas con sinceridad. Estoy de acuerdo en mantener el médico al tanto de cualquier cambio en mi perfil médico y entiendo que no habrá ningún tipo de responsabilidad por parte del practicante debería dejar de hacerlo. También entiendo que cualquier ilícito o sugestivos sexualmentecomentarios o insinuaciones hechas por mí resultará en la terminación inmediata de la sesión, y yo seré responsable por el pago de la cita programada.

Firma de Cliente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de Terapeuto(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consentimiento para el tratamiento del menor:

Con mi firma, autorizo ​​\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para administrar masaje, tratamiento corporal, otécnicas de terapia somática a mi hijo o dependiente, según lo estimen necesario.

Firma del Padre o Guardián \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_