

Cruz Family Chiropractic

Exoneración de Responsabilidad de Ventosas

Nombre: _____ Fecha: _____

Por favor marque todos y cada uno que se aplican a usted:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> alergias o sensibilidades cutáneas | <input type="checkbox"/> enfermedades infecciosas de la piel/sangre | <input type="checkbox"/> se moretea fácilmente |
| <input type="checkbox"/> cáncer activo | <input type="checkbox"/> problemas respiratorios agudos | <input type="checkbox"/> actualmente embarazada |
| <input type="checkbox"/> afecciones cardíacas | <input type="checkbox"/> presión arterial alta | <input type="checkbox"/> está dando pecho |
| <input type="checkbox"/> epilepsia | <input type="checkbox"/> presión arterial baja | <input type="checkbox"/> venas varicosas |

¿Alguna vez ha recibido terapia de ventosas Sí No En caso afirmativo, enumere las complicaciones que ocurrieron:

Enumere cualquier medicamento o suplemento que esté tomando actualmente:

Al marcar las casillas y al firmar abajo, usted acepta que ha leído y comprendido lo siguiente:

- Me dieron información sobre la terapia de ventosas y entiendo los riesgos involucrados, los procedimientos de cuidado posterior y los posibles efectos**
- He dado a conocer todas y cada una de las condiciones y preocupaciones que tengo de mi salud a mi terapeuta**
- Entiendo que la decoloración puede ocurrir por restos celulares, sangre estancada y lesiones que salen a la superficie. Entiendo que estos no son hematomas y que pueden demorar hasta 2 semanas o más en desvanecerse.**
- Entiendo que las ventosas no se deben hacer si estoy quemada por el sol, si me he afeitado en las últimas 4 horas o si no he comido recientemente.**
- Entiendo que durante 24 horas debo evitar el calor o el frío extremo, el ejercicio y exfoliación.**
- Entiendo que durante 48 horas debo evitar el alcohol, la cafeína y el exceso de azúcar y que debo beber mucha agua.**

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____

Firma del Terapeuta: _____

Fecha: _____