

# 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: \_\_\_\_\_