

# Información Sobre la Salud

AFTON MACAIONE, LMT MT#118163

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

En Caso de Emergencia Contacte a (Nombre y teléfono): \_\_\_\_\_

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

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer                  | <input type="checkbox"/> Epilepsia                          | <input type="checkbox"/> Malestar al Estar Acostado Boca Abajo           |
| <input type="checkbox"/> Actualmente Embarazada  | <input type="checkbox"/> Alergias o Sensibilidades Cutáneas | <input type="checkbox"/> Enfermedades Infecciosas de la Piel o la Sangre |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardiacas  | <input type="checkbox"/> Trastorno del Sueño                | <input type="checkbox"/> Riesgo o Antecedentes de Coágulos Sanguíneos    |
| <input type="checkbox"/> Problemas en la Columna | <input type="checkbox"/> Se Hace Moretones con Facilidad    |  |
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial Baja   |   |  |

¿Específicamente, cuál es su objetivo para el masaje? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna herida reciente o antigua que todavía le causa problemas? En caso afirmativo, por favor explíquelo: \_\_\_\_\_

¿Sufre de dolor que interrumpe su día a día? En caso afirmativo, califíquelo entre el 1 al 10: \_\_\_\_\_

Explique brevemente cualquier molestia que sienta: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna afección médica que deba tener en cuenta? (inada es de poca importancia!) \_\_\_\_\_

¿Hay algunas áreas del cuerpo que le gustaría evitar durante su masaje? \_\_\_\_\_

A mi leal saber y entender, he proporcionado respuestas completas y precisas a todas las preguntas formuladas.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Terapeuta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_