

# Formulario de admisión del cliente: masaje terapéutico

## Información personal:

Nombre \_\_\_\_\_ Pronombres \_\_\_\_\_ Fecha de visita inicial \_\_\_\_\_

Teléfono preferido \_\_\_\_\_ Teléfono adicional \_\_\_\_\_

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono del contacto de emergencia \_\_\_\_\_

Sí, quiero recibir boletín electrónico informativo mensual de Armonía Health.

## La siguiente información se utilizará para ayudar a planificar sesiones de masaje seguras y efectivas. Responda las preguntas lo mejor que pueda.

1. ¿Has tenido un masaje profesional antes? Sí No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia recibe terapia de masaje? \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene alguna dificultad acostado de frente, de espaldas o de costado? Sí No

En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene alguna alergia a aceites, lociones o ungüentos? Sí No

En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

4. ¿Tienes piel sensible? Sí No

5. ¿Está usted usando contacto lentes ( ) dentaduras ( ) una audición de ayuda ( ) ?

6. ¿Se sienta durante largas horas en una estación de trabajo, computadora o conduciendo? Sí No

En caso afirmativo, describa \_\_\_\_\_

7. ¿Realizas algún movimiento repetitivo en tu trabajo, deporte o pasatiempo? Sí No

En caso afirmativo, describa \_\_\_\_\_

8. ¿Experimenta estrés en su trabajo, familia u otro aspecto de su vida? Sí No

En caso afirmativo, ¿cómo cree que ha afectado su salud?

tensión muscular ( ) ansiedad ( ) insomnio ( ) irritabilidad ( ) otros \_\_\_\_\_

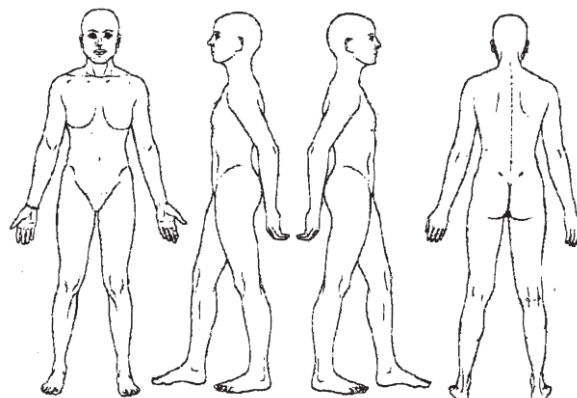
9. ¿Hay un área particular del cuerpo donde experimentas tensión, rigidez, dolor u otras molestias? Sí No

En caso afirmativo, identifique \_\_\_\_\_

10. ¿Tienes alguna meta en particular para esta sesión de masaje? Sí No

En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

Indique en el modelo las áreas específicas que Usted tiene dolor crónico o incomodidad:



## Historial médico

Para planificar una sesión de masaje que sea segura y efectiva, necesito información general acerca de su historial médico.

11. ¿Está usted actualmente bajo supervisión médica? Sí No

En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

12. ¿Ves a un quiropráctico? Sí No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

13. ¿Toma actualmente algún medicamento? Sí No

En caso afirmativo, indique \_\_\_\_\_

14. Marque cualquier condición que se detalla a continuación que se aplique a usted:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> accidente o lesión reciente     | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza / migrañas                 | <input type="checkbox"/> moretones con facilidad  |
| <input type="checkbox"/> afección cardíaca               | <input type="checkbox"/> embarazo Si está embarazada, ¿cuántos meses? | <input type="checkbox"/> osteoporosis   |
| <input type="checkbox"/> alergias / sensibilidad         | <input type="checkbox"/> epilepsia                                    | <input type="checkbox"/> presión arterial alta o baja   |
| <input type="checkbox"/> articulación artificial         | <input type="checkbox"/> esguinces / distensiones                     | <input type="checkbox"/> problemas de espalda / cuello  |
| <input type="checkbox"/> aterosclerosis                  | <input type="checkbox"/> flebitis                                     | <input type="checkbox"/> síndrome del túnel carpiano  |
| <input type="checkbox"/> cáncer                          | <input type="checkbox"/> Fibromialgia                                 | <input type="checkbox"/> TMJ trastorno  |
| <input type="checkbox"/> cirugía reciente                | <input type="checkbox"/> fractura reciente                            | <input type="checkbox"/> trastorno circulatorio   |
| <input type="checkbox"/> codo de tenista                 | <input type="checkbox"/> fiebre actual                                | <input type="checkbox"/> trombosis venosa profunda / coágulos sanguíneos                        |
| <input type="checkbox"/> condición contagiosa de la piel | <input type="checkbox"/> glándulas inflamadas                         | <input type="checkbox"/> trastorno articular / artritis reumatoide / osteoartritis / tendinitis |
| <input type="checkbox"/> diabetes                        | <input type="checkbox"/> llagas o heridas abiertas                    | <input type="checkbox"/> varices  |
| <input type="checkbox"/> disminución de la sensación     |   |   |

Por favor, explique cualquier condición que haya marcado arriba \_\_\_\_\_

15. ¿Hay algo más acerca de su historia de salud que cree que sea útil para la terapeuta de masaje a saber para planificar una sesión de masaje segura y efectiva para Usted? \_\_\_\_\_

El drapeado se usará durante la sesión; solo se descubrirá el área en la que se está trabajando.

Los clientes menores de 17 años deben estar acompañados por un padre o tutor legal durante toda la sesión. El consentimiento informado por escrito debe ser proporcionado por el padre o tutor legal para cualquier cliente menor de 17 años.

Yo, \_\_\_\_\_ (su nombre) entiendo que el masaje que recibo se proporciona con el propósito básico de relajación y alivio de la tensión muscular. Si siento algún dolor o molestia durante la sesión, informaré inmediatamente al terapeuta para que la presión y / o los métodos se puedan ajustar a mi nivel de comodidad. Además, entiendo que el masaje no debe interpretarse como un sustituto del examen médico, diagnóstico o tratamiento y que debería consultar a un médico, quiropráctico u otro especialista médico calificado para cualquier dolencia mental o física de la que tenga conocimiento. Entiendo que los terapeutas de masaje no están calificados para realizar ajustes espinales o esqueléticos, diagnosticar, prescribir o tratar cualquier enfermedad física o mental, y que nada de lo dicho en el transcurso de la sesión debe interpretarse como tal. Debido a que el masaje no debe realizarse bajo ciertas condiciones médicas, afirmo que he declarado todas mis condiciones médicas conocidas y respondí todas las preguntas honestamente. Estoy de acuerdo en mantener actualizado la terapeuta como a cualquier cambio en el perfil médico y entiendo que no se sea ninguna responsabilidad sobre la terapeuta parte debería yo dejar de hacerlo así.

Firma del cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del terapeuta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_