

Masaje Formulario de Admision de Cliente

Quien lo recomendo? _____

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de telefono: _____

Cual es su queja principal? _____

Ha recibido terapia de masaje antes? _____

Esta tomando algun medicamento? _____

En caso afirmativo, cuales? _____

Cirugias previas/accidents de coche/caidas? _____

Para mujeres: Esta embarazada, tratando or amamantando? _____

Tienes alguna cortada/moretones/irritaciones de la piel/STDS/alergias? _____

En caso afirmativo, cuales? _____

Tiene alguno de los siguientes?

Quemadura del sol _____

Asma _____

Depresion _____

Varices _____

Presion arterial alta/baja _____

Dolor de cabeza _____

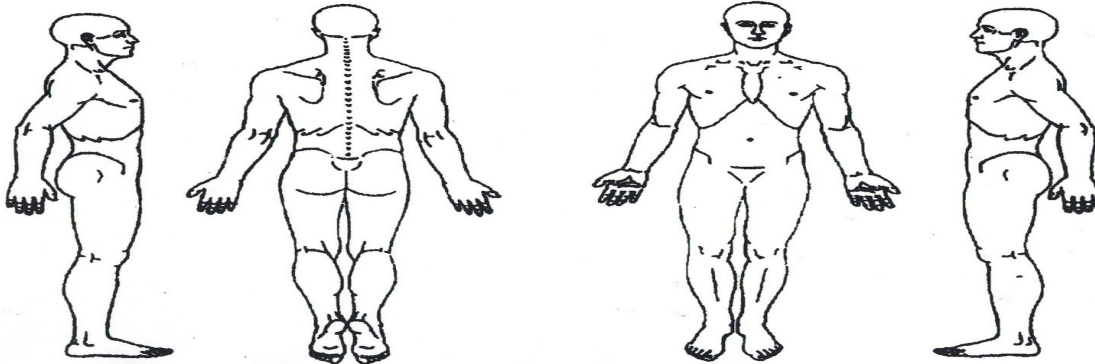
Diabetes _____

Dolor severo _____

Mareos _____

Inflamacion _____

Por favor indique en la imagen de abajo lo que le esta molestando hoy.



Entiendo que el masaje esta disenado con el proposito de relajacion y Alivio de la tension, espasmos muscaltres o mala circulacion. Las terapeutas de masaje no pueden diagnosticar problemas/enfermedades/trastornos medicos/o realizar la palpacion de la columna.

Firma: _____

Fecha de hoy: _____