



Para que podemos proporcionar a Ud. Con el tratamiento más seguro y efectivo, pido que Ud. llene esta forma confidencial.

Nombre: _____ Dirección: _____

Fecha: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

¿Qué marca de productos usa Ud. en su piel?

¿Cuándo fue su última facial? _____

¿Cuándo fue su última quemadura del sol? _____

¿Usa Ud. la cama de bronceado? _____

¿Usa Ud. protección del sol cada día y por lo menos de SPF 30? _____

¿Tiene Ud. algunas dolencias de la piel? Explica por favor.

¿Ha tenido Ud. una reacción a un aceite, una crema, o un producto? Sí No

¿Está Ud. en el cuidado de un medico? Sí No

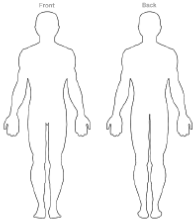
¿Por qué?

¿Está Ud. embarazado, lactancia, o intendanto? Sí No _____

Hace Ud. una lista de sus medicación de la prescripción.

_____.

Por favor indica Ud. con un (x) donde tiene una sensación de dolor.



¿Tiene Ud. algunas de estas condiciones?

Arthritis ___ Asma ___ Diabetes ___ Condición de Tiroid ___
Fatiga crónica ___ Pie de atleta ___ Herpes Labial ___ Soriasis ___
Cáncer ___ Las varices ___ Eczema ___ Presión sanguínea
baja/alta ___
Gripa/Resfriado ___ Sarpullido ___ Dolor severo ___ Migrañas ___

¿Ha tenido Ud. una reacción a un aceite, una crema, o aplicación de producto? Sí No

Explica por favor: _____

¿Tiene Ud. algunas alergias? ¿De comida o estación? Sí No

Explica por favor: _____

¿Ha tenido Ud. algunas cirugías?

Explica por favor: _____ Fecha: _____

¿Está Ud. usando terapia hormonal? Sí No _____

¿Cuántas onzas de agua bebe Ud. cada día? _____ ONZAS

¿Cómo clasificas su piel? Seca/Sensitiva Normal/Aceitosa Ácne

Dibuja Ud. un círculo acerca del número que indica que Ud. cree sobre la calidad de su piel.

(Malo) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Fantástica)

¿Tiene Ud. algunos lesiones de su cuello o hombros?

¿Tiene Ud. algunos virus, infecciones, o accidentes traumáticas?

¿Qué son sus expectativas para esta sesión de terapia?

POR FAVOR LEE EL SIGUIENTE Y FIRMA ABAJO:

Toda la información que he proporcionado es precisa.

Entiendo que esta masaje no es una sustitución para atención médica y no recibiré una diagnóstico.

Reportaré inmediatamente al terapeuta si hay dolor para que aplicación de presión puede ser adaptado.

El cuerpo desvestido va a ser cubrido en todo momento para calor, seguridad, y profesionalidad.

Los únicos tipos de masajes que son ofrecidos son Sueco, de piedras calientes, y masajes prenatales. No incluye masajes de los senos sin consentimiento escrito.

Entiendo que el masaje no tiene orientación sexual y algun comentario que es insinuante o ilícito resultará en terminación inmediata del sesión y es mi responsabilidad a pagar por esta sesión completamente si es terminado.

Firma del cliente

La información proporcionado más arriba es precisa. Por este medio, doy consentimiento para tratamiento para mi o como un padre de un menor.

Firma Annalisia Wagner MT038286

Firma Ashlie Lesiuczok MT024098