

ANGEL'S TOUCH SF — FORMULARIO DE REGISTRO DE CLIENTE

www.angelstouchsf.com | San Francisco, CA

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre completo: _____ Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Ocupación: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Referido por: _____ Médico de cabecera: _____

MOTIVO DE VISITA / ÁREAS DE PREOCUPACIÓN

Preocupación principal: _____

Preocupación secundaria: _____

Medicamentos / suplementos actuales: _____

Alergias (incluyendo piel): _____

¿Ha recibido masaje profesional anteriormente? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿con qué frecuencia? _____

MARQUE CUALQUIER CONDICIÓN QUE TENGA O HAYA TENIDO ANTERIORMENTE

RESPIRATORIO:

- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ Enfisema
- ☐ Alergias
- ☐ Problemas sinusales
- ☐ Asma

PIEL:

- ☐ Alergias
- ☐ Sarpullido
- ☐ Pie de atleta / infección fúngica
- ☐ Infección bacteriana de piel
- ☐ Herpes / fuego labial
- ☐ Sarna / infección parasitaria
- ☐ Culebrilla (herpes zóster)

DIGESTIVO:

- ☐ Síndrome de intestino irritable
- ☐ Úlceras

REPRODUCTIVO:

- ☐ Embarazada: ¿1º, 2º o 3er trimestre?
- ☐ Problemas ováricos / menstruales
- ☐ Próstata
- ☐ Otro:

SISTEMA NERVIOSO:

- ☐ Entumecimiento
- ☐ Hormigueo
- ☐ Nervio pinzado / comprimido
- ☐ Epilepsia

OTRO:

- ☐ Cáncer / tumores
- ☐ Afección de vejiga / riñón
- ☐ Diabetes
- ☐ Fatiga crónica
- ☐ Dolor crónico

SUSTANCIAS:

- ☐ Cannabis medicinal / recreativo
- ☐ Alcohol (más de 1 bebida/día)
- ☐ Tabaco
- ☐ Cafeína: LEVE / MODERADA / ALTA

RECONOCIMIENTO:

Yo, el/la abajo firmante, declaro que he completado este formulario según mi leal saber y entender. Acepto informar al terapeuta de masaje sobre cualquier condición de salud actual o futura para que pueda ajustar las técnicas de masaje en consecuencia.

Entiendo y confirmo que los terapeutas de masaje no son equivalentes a un médico y no pueden diagnosticar enfermedades, dolencias ni ningún otro trastorno médico, físico o emocional, ni están capacitados o autorizados para prescribir tratamientos para dichos trastornos. Entiendo que soy responsable de consultar a un profesional de salud debidamente licenciado para cualquier dolencia que tenga.

Entiendo que el masaje es un apoyo terapéutico para la salud y es estrictamente NO SEXUAL; los avances sexuales, comentarios u otro comportamiento inapropiado similar resultarán en la terminación inmediata de la sesión y se aplicará el cargo completo si corresponde.

Confirmo que informaré a mi terapeuta de masaje sobre cualquier dolor o molestia durante la sesión para que pueda ajustar su técnica.

FIRMA: _____ FECHA: _____

DIAGRAMA CORPORAL

Indique las áreas de su cuerpo en las que desea enfocarse durante su sesión de masaje encerrándolas en un círculo en el diagrama a continuación.

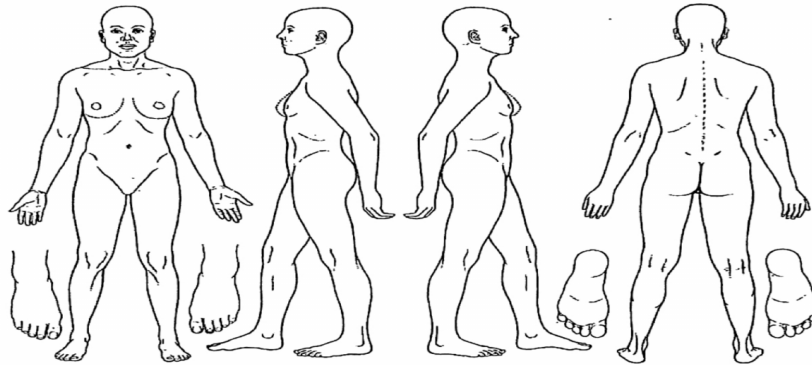
Por favor indique las áreas de su cuerpo en las que desea enfocarse durante su sesión de masaje encerrándolas en un círculo en el diagrama a continuación.

DIAGRAMA CORPORAL

Indique las áreas de su cuerpo en las que desea enfocarse durante su sesión de masaje encerrándolas en un círculo en el diagrama a continuación.

Por favor indique las áreas de su cuerpo en las que desea enfocarse durante su sesión de masaje encerrándolas en un círculo en el diagrama a continuación.

Please indicate areas of your body you would like focused on during your massage session by circling them on the diagram below.



Utilice un bolígrafo o lápiz para encerrar en un círculo las áreas de enfoque. Lleve este formulario completado a su cita.

Angel's Touch SF | www.angelstouchsf.com | San Francisco, CA

Utilice un bolígrafo o lápiz para encerrar en un círculo las áreas de enfoque. Lleve este formulario completado a su cita.