



AZUCENA SANCHEZ
MIND BODY & SOUL THERAPIST

FORMULARIO DE ENTRADA Y SALIDA MÉDICA

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

E-mail _____ Móvil _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____

Profesión _____ DNI _____

Peso _____ Hombre _____ Mujer _____

¿Tiene usted buena salud? Sí ___ No ___

Si «No», por favor, explique por qué _____

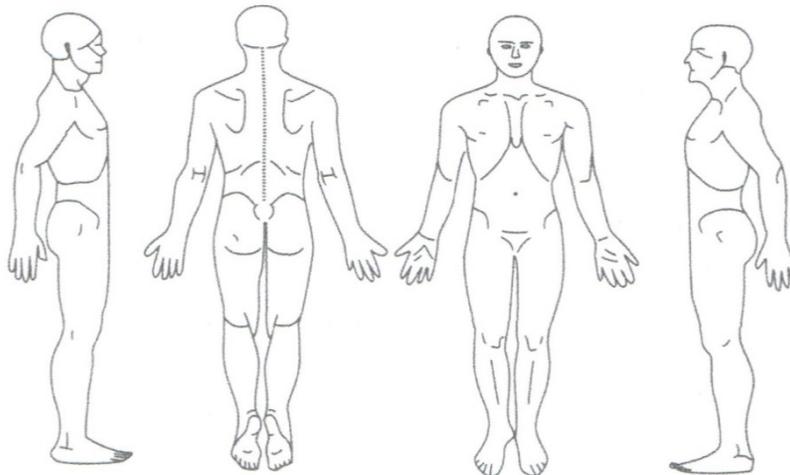
¿Se ha producido algún cambio en su salud en el último año? Sí ___ No ___

Si «Sí», por favor, explique por qué _____

Médico _____ Teléfono _____

SEÑALAR LAS ZONAS DE ESTRÉS APROPIADAS:

AZUCENA SANCHEZ



Por favor, rodee con un círculo el área de las molestias.

Si responde «Sí» a cualquiera de las siguientes preguntas, por favor, explique por qué en el espacio para este propósito.

Website: www.azucenasanchez.com
E-mail: azucena@azucenasanchez.com
Telf. 667002379



AZUCENA SANCHEZ
MIND BODY & SOUL THERAPIST

¿Está usted tomando actualmente algún medicamento? Si ___ No ___

¿Padece usted acné? Si ___ No ___

¿Padece usted alergias? Sí ___ No ___

¿Padece usted artritis? Si ___ No ___

¿Padece usted tensión arterial elevada? Sí ___ No ___

¿Padece usted epilepsia o convulsiones? Sí ___ No ___

¿Padece usted claustrofobia? Sí ___ No ___

¿Tiene usted alguna enfermedad contagiosa? Sí ___ No ___

¿Tiene usted venas varicosas o arañas vasculares? Sí ___ No ___

¿Es usted portador de un marcapasos? Sí ___ No ___

¿Padece usted lumbalgia crónica? Si ___ No ___

¿Lleva usted algún parche? Sí ___ No ___

¿Tiene usted hematomas con facilidad? Sí ___ No ___

¿Padece usted alguna enfermedad del corazón? Sí ___ No ___

¿Tiene usted diabetes? Sí ___ No ___

¿Padece usted asma? Sí ___ No ___

¿Tiene usted alguna enfermedad de la sangre? Sí ___ No ___

¿Tiene usted seborrea? Sí ___ No ___

¿Está usted embarazada o está dando el pecho? Sí ___ No ___



AZUCENA SANCHEZ
MIND BODY & SOUL THERAPIST

¿Lleva usted lentes de contacto? Sí___ No___

¿Alguna vez se ha sometido a cirugía? Sí___ No___

¿Tiene usted alguna hernia discal? Sí___ No___

¿Presenta usted estrés? Sí___ No___

¿En alguna ocasión o actualmente ha sido tratado por cáncer? Sí___ No___

¿Está usted siendo tratado actualmente por algún médico por cualquier problema?
Sí___ No___

¿Presenta usted cualquier problema médico que yo debería conocer? Sí___ No___

¿Está tomando usted algún medicamento (incluidos los que no requieren prescripción)?
Sí___ No___

¿Cuándo fue su último masaje o tratamiento manual?
Explicación:

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

- La información anterior es exacta hasta donde yo conozco y doy libremente mi permiso para recibir masaje y terapia comentados.
- Estoy de acuerdo en informar al estudiante y al profesor / terapeuta de cualquier experiencia de dolor durante la sesión.
- Comprendo que no se trata de un tratamiento médico y que no es un sustituto del diagnóstico, el tratamiento o la exploración médicos.
- Comprendo que no se tolerarán comentarios o conductas inapropiadas, y que cualquier indicación de ello dará lugar automáticamente a la finalización de la sesión.
- Comprendo y estoy de acuerdo además en no dañar a www.azucenasanchez.com, ni a sus empleados, directivos, estudiantes, voluntarios o personal donde se está llevando a cabo el masaje con reclamaciones contra todos o cada uno de ellos.
- Comprendo además que el masaje se administrará a discreción del profesor / terapeuta, el director del programa, el director clínico y/o el profesor / terapeuta líder, y que cualquier situación médica que contraindique el masaje me descartará para participar en la práctica del tratamiento.
- *En talleres y cursos: si ésta es una sesión diseñada para ayudar a los estudiantes a aumentar su práctica y su experiencia en masaje.

Receptor del masaje: _____ Fecha: _____

Estudiante en prácticas (*): _____ Fecha: _____

Terapeuta / Profesor: _____

Firma: _____ DNI: _____