

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MASAJISTAS

Con el objeto de ofrecer el mejor servicio posible, le rogamos rellene el siguiente cuestionario para que nuestras masajistas puedan adecuar el tratamiento a su situación personal, y asegurar que no se pueda generar algún tipo de contraindicación. Para asegurarnos del cuidado de su salud, las masajistas podrán desistir en ejecutar el tratamiento en caso de detectar alguna situación peligrosa, o si no disponen de este cuestionario relleno y firmado por su parte.

El consentimiento debe ser entregado antes del inicio del tratamiento.

Nombre *

Nombres

Apellidos

Correo Electrónico *

Ciudad *

Provincia *

Código Postal *

Teléfono (Casa)

Teléfono (Personal)

Medicación *

Médico *

Edad

Fecha de nacimiento

¿Ha recibido antes un masaje profesional?

Si

No

¿Tiene hipertensión arterial?

Si

No

¿Se ha operado alguna vez?

Si

No

¿Padece lumbalgia crónica?

Si

No

¿Tiene algún problema de columna?

Si

No

¿Tiene varices?

Si

No

¿Lleva lentes de contacto?

Si

No

¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?

Si

No

¿Tiene algún dolor que irradie por las piernas o brazos?

Si

No

¿Tiene problemas cardiacos?

Si

No

¿Tiene problemas de coagulación de la sangre?

Si

No

¿Está embarazada?

Si

No

¿Tiene algún dolor que irradie por las piernas o brazos?

Si

No

¿Sufre artritis?

Si

No

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad? *

En caso de ser afirmativo, indique cuál

Entiendo que los masajes que se administran aquí tienen el propósito de reducir el estrés, aliviar la tensión, los espasmos musculares y mejorar la circulación.

Entiendo que no es tarea del masajista diagnosticar afecciones, enfermedades ni otros trastornos físicos ni mentales. Como tal este masajista no prescribe tratamiento médico alguno ni medicamentos, ni realiza ningún tipo de manipulación vertebral. Se me ha dejado muy claro que el masaje no es un sustituto del examen o el diagnóstico médico, y se me ha recomendado que vea a un médico si sufro alguna dolencia.

Como este masajista debe estar al tanto de cualquier enfermedad que tenga, he comunicado todas las enfermedades medicas conocidas, y es mi responsabilidad mantenerlo informado sobre el estado de mi salud física.

Nuestro tiempo juntos es precioso, por lo que estoy de acuerdo en cancelar los honorarios con 24 horas de antelación. A menos que se trate de una URGENCIA, si no acudo a una cita, estoy de acuerdo en abonar la totalidad del importe del masaje pactado.

Fecha *

Firma *



TORRE DEL MARQUÉS

A Secret Destination