



www.centroantiestres.com.mx

# CENTRO ANTIESTRÉS

## Masajes & Terapias

**Por favor, complete el cuestionario.**  
**Esto no le tomará más de dos minutos.**

1. ¿Su hijo/a ha recibido masajes alguna vez? En caso de respuesta positiva, ¿cómo le gustaría diseñar la terapia corporal?   SÍ     NO  

2. Indique la edad de su hijo/a:           

### **Preguntas de carácter fisiológico.**

3. ¿Su hijo/a tiene alergias a plantas? En caso de respuesta positiva, indique a qué plantas le ha manifestado alergia:   SÍ     NO  

4. ¿Tiene alguna indicación fisiológica individual o contraindicaciones de su médico de familia (incluidos enfermedades crónicas o lesiones)?   SI     NO  

### **Preguntas de carácter psicológico.**

5. ¿Ha experimentado últimamente su hijo/a nerviosismo excesivo, insomnio o ansiedad?   SÍ     NO  

6. ¿Su hijo/a ha presenciado o sufrido alguna vez un acontecimiento como los siguientes: accidente que tenga como consecuencia la muerte, la pérdida de un miembro o una lesión grave, asaltos, actos violentos que derivaron en lesiones graves, secuestro, amenazas, o cualquier otro que ponga en riesgo su vida o salud, y/o la de otras personas?

  SÍ     NO  

**A su criterio, indique cualquier otra información relacionada con la realización de la terapia corporal:**

          

Descubre cómo protegemos tus datos.  
Consulta nuestra Política de Privacidad en  
[www.centroantiestres.com.mx](http://www.centroantiestres.com.mx)

