



## Massage Therapy ▪ Postural Alignment

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Zona Postal \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Información de contacto de emergencia Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Relación a usted \_\_\_\_\_

Cómo se enteró de Divine Posture? \_\_\_\_\_

Está recibiendo tratamiento médico?  No  Si, Explique \_\_\_\_\_

A que contribuye su molestia muscular? \_\_\_\_\_  
Ejemplo:: Un Accidente, Una Caída, Arthritis etc.

Cuanto tiempo ha padecido de este dolor o lesión? \_\_\_\_\_

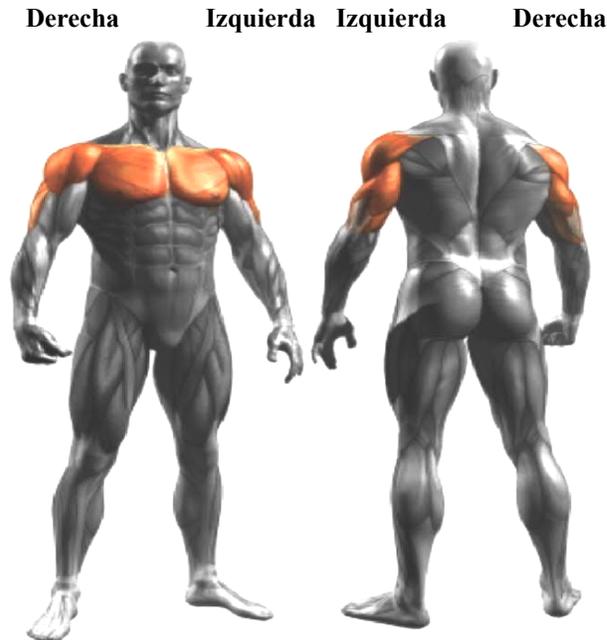
Tiene dificultad en acostarse en algunas de las siguientes zonas?

Boca Abajo  Boca Arriba  A los lados

Es alergico a lociones o aceites?  No  Si, Qué tipo? \_\_\_\_\_

Esta involucrado en alguna actividad física?  No  Si, Explique \_\_\_\_\_

## MARQUE LA ZONA DE MOLESTIAS DE DOLOR



### **Por Favor, Lea Y Marque**

- Se requiere un preaviso de 24-horas para cancelaciones o reprogramaciones de las citas, O se le cobrará una penalidad.
- Yo compruebo que toda la información es correcta según mis conocimientos. Entiendo que mi tratamiento de masaje no es un sustituto del tratamiento médico y debería buscar atención médica o quiropráctica para cualquier condición física. Estoy de acuerdo en mantener al terapeuta informado sobre cualquier cambio en mi perfil médico y entiendo que no habrá ninguna responsabilidad por parte del terapeuta.
- Doy mi consentimiento para recibir servicios de tratamiento bajo mi propio riesgo.
- Estoy de acuerdo en que se trata de una sesión de trabajo corporal terapéutico y cualquier comentario o avance sexual dará lugar **A LA FINALIZACIÓN DE LA SESIÓN Y NO SE LE PERMITIRÁ EN EL ESTABLECIMIENTO A PARTIR DE ESE INSTANTE.** Me responsabilizare del pago completo de las siguientes sesiones ya pagadas.

---

Firma

Menor de edad, Firma del Tutor

**GRACIAS POR SU VISITA A DIVINE POSTURE**