



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? _____

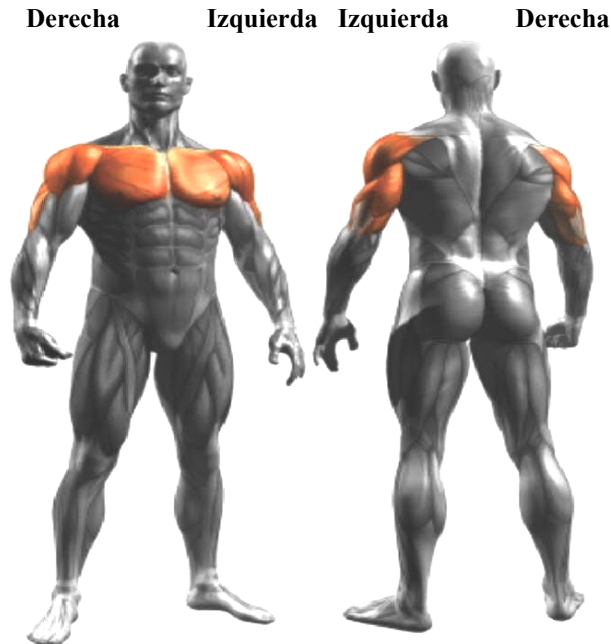
Tiene dificultad en acostarse en algunas de las siguientes zonas?

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