

FORMULARIO DE TERAPIA DE MASAJE

¿Tiene alguna alergia o hipersensibilidad? Sí No En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

¿Has tenido un masaje profesional antes? Sí No

¿Qué tipo de masaje buscas? Relajante Terapéutico / Tejido Profundo Otro: _____

¿Qué tipo de presión prefieres? Luz Medio Profundo

¿Hay áreas (pies, cara, abdomen, etc.) que no desea masajear? Sí No En caso afirmativo, enumere: _____

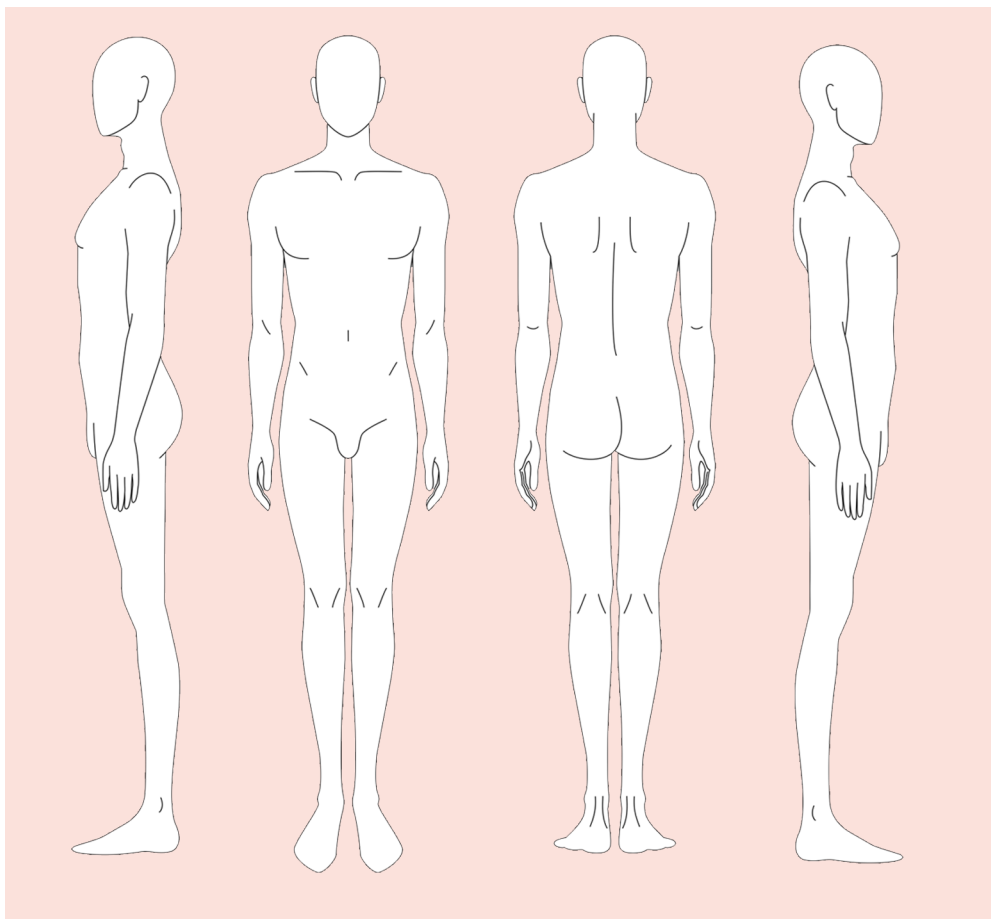
¿Cuáles son tus objetivos para esta sesión de masaje? _____

Enumere las áreas de tensión, estrés y / o dolor que desea abordar: _____

¿Se sienta durante largos períodos de tiempo en su estación de trabajo, computadora, conduciendo, etc.? Sí No
En caso afirmativo, describa: _____

¿Cómo describiría su nivel de estrés en una escala del 1 al 10 (1 = bajo, 10 = alto)? _____

¿Tiene un área particular de su cuerpo donde está experimentando tensión, rigidez, dolor o cualquier otra molestia?
 Sí No En caso afirmativo, marque con un círculo las áreas específicas en las que le gustaría que su masajista se concentrara durante su sesión.



Marque cualquiera de los siguientes condiciones que se aplican a usted hoy:

- Sufre de fiebre, o enfermedad contagiosa o infecciosa.
- Diarrea o vómitos
- Dolor de cabeza
- Cortes, moretones, abrasiones o quemaduras solares
- Bultos, protuberancias o dolor no diagnosticados
- Sarpullido o urticaria
- Consumir alcohol, drogas recreativas o metales pesados
- Huesos rotos en los últimos 3 meses

(Si marcó alguna de las casillas anteriores, es posible que su tratamiento de hoy deba modificarse para evitar ciertas áreas de su cuerpo)

Notas para el terapeuta: _____

