

FORMULARIO DE TERAPIA DE MASAJE

TODA LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad / Pueblo: _____ Provincia del estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa #: _____ Teléfono del trabajo #: _____ Ocupación: _____

Masculino Mujer Contacto de emergencia: _____ #: _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico por una enfermedad aguda o crónica? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

¿Está tomando actualmente medicamentos recetados o suplementos dietéticos? Sí No

If Yes, please list: _____

¿Estás embarazada actualmente? Sí No En caso afirmativo, ¿qué tan avanzado es / cualquier factor de alto riesgo?

¿Sufres de dolor crónico? Sí No En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

¿Qué lo empeora? _____

¿Qué lo hace mejor? _____

¿Ha tenido alguna lesión ortopédica? Sí No En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Marque todas las condiciones que se apliquen a su salud

CUELLO DE CABEZA

- Dolores de cabeza / migrañas Vértigo / mareos
 Zumbido en los oídos Pérdida de la audición
 Problemas de la vista Pérdida de visión

RESPIRATORIO

- Asma Dificultad para respirar
 Tos crónica Bronquitis
 Enfisema Sinusitis
 Resfriados frecuentes Fumador
 Antecedentes familiares de dificultades respiratorias.

SISTEMA NERVIOSO

- Pérdida / cambio sensorial Hormigueo entumecimiento
 Ciática Epilepsia
 Convulsiones Esclerosis múltiple

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

- Artritis Antecedentes familiares de artritis
 Osteoporosis Tendinitis
 Bursitis Dolor de mandíbula (ATM)
 Pines / Placas / Alambres / Articulación artificial

REPRODUCTIVO

- Embarazada Dado a luz
 Problemas ginecológicos

CARDIOVASCULAR

- Alta presión sanguínea Presión arterial baja
 Infarto de miocardio Carrera
 Enfermedad del corazón Mala circulación
 Flebitis / venas varicosas Marcapasos
 Hemofilia
 Insuficiencia cardíaca congestiva crónica
 Antecedentes familiares de problemas cardiovasculares

INFECCIONES Y PIEL

- Hepatitis VIH / SIDA
 Herpes Tuberculosis
 Enfermedad de Lyme / afecciones cutáneas infecciosas

OTRAS CONDICIONES

- Cáncer Diabetes
 Desorden psiquiátrico Condiciones digestivas
 Síndrome de fatiga crónica Fibromialgia
 Depresión Ansiedad
 Pérdida de peso inexplicable
 Otras condiciones: _____