

Historial de Salud del Cliente

Escribe con letra clara y completa ambos lados de este formulario. Esta información es fundamental para tu tratamiento, ya que puede influir en cómo tu terapeuta estructura tu sesión. Toda la información que compartas se mantiene estrictamente confidencial.

Ten en cuenta: si estás embarazada, actualmente en tratamiento contra el cáncer, tienes lesiones agudas o condiciones médicas complejas, o tienes litigios y/o reclamaciones de seguro pendientes, infórmalo a tu terapeuta.

Correo electrónico _____

Se usará únicamente para recordatorios de citas y comunicación de la práctica

¿Cómo supiste de nosotros? _____

Nombre _____ Fecha _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono _____

Género _____ Fecha de nacimiento _____ Ocupación _____

¿Te has hecho un masaje terapéutico antes? Sí No Muchas veces

¿Cuánta tensión hay en tu vida?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ninguna				media			extrema			

¿Qué actividades físicas realizas a diario o semanalmente? _____

Marca las zonas con dolor o tensión, así como las regiones donde sueles acumular tu estrés:

- Cabeza/cara Zona lumbar Hombros Cuello Abdomen
 Caderas/glúteos Piernas/pies Brazos/manos Espalda media

Otro (descríbelo) _____

¿Tu estrés o dolor limita de alguna forma tus actividades diarias o recreativas? (descríbelo) _____

¿Estás actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí No (Si es así, ¿por qué condición?) _____

Indica los medicamentos que tomas: (incluyendo analgésicos, otros medicamentos sin receta y remedios herbales)

Marca cualquiera de los siguientes problemas de salud que hayas tenido en el último año.

Alergias: (indícalas) _____

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Cirugía |
| <input type="checkbox"/> Coágulo sanguíneo | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Migrañas/Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Várices |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Herpes simple | <input type="checkbox"/> Flebitis/Trombosis | <input type="checkbox"/> Latigazo cervical |
| <input type="checkbox"/> Síndrome del túnel carpiano | <input type="checkbox"/> Hospitalización | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Lesiones por esfuerzo repetitivo | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de disco | <input type="checkbox"/> Condiciones del sistema inmunitario | <input type="checkbox"/> Ciática | |

Cliente: por favor continúa al otro lado.

Signos y Síntomas Médicos Generales. Indica si *actualmente* presentas alguna de las siguientes condiciones.

Síntoma	Sí	No	Ubicación: descríbela
1 ¿Alguna zona con infección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 ¿Alguna zona con hinchazón, edema o tendencia a hincharse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 ¿Alguna zona con entumecimiento o sensación alterada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 ¿Alguna zona con dolor o sensibilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Condiciones Médicas Específicas. El masaje terapéutico puede afectarlas, así como tu salud. Por tu seguridad, nuestros terapeutas deben conocer *todas las condiciones médicas*.

Condición	Sí	No	Descríbela
5 Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 Cáncer o tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marca todas las que apliquen: anemia, angina, arteriosclerosis, insuficiencia cardíaca congestiva, infarto, soplo cardíaco, hemofilia, hipertensión, várices o arañas vasculares, otra (descríbela):
8 Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 Lesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 Problemas renales, hepáticos o urinarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 Condiciones respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 Condiciones de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marca todas las que apliquen: acné, abrasiones/cortes, lunares/ marcas de nacimiento, moretones, dermatitis, eczema, herpes, urticaria, hiedra/roble/zumaque venenoso, psoriasis, acrocordones, quemaduras de sol, verrugas, otra (descríbela):
13 Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de la cirugía: Descríbela:
14 Problemas gastrointestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otras condiciones médicas no mencionadas arriba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Por favor, lee y firma:

Verifico que la información que he proporcionado es correcta y está actualizada a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier información que el terapeuta comparta durante mi sesión tiene únicamente fines educativos — no constituye un diagnóstico, una prescripción ni un sustituto de la atención médica. Consiento en recibir masaje terapéutico de John Davis, LMT, y no responsabilizaré al terapeuta por lesiones personales o pérdida de propiedad.

Firma _____

Fecha _____