Nombre del estudio_____

Consentimiento para reflexología

Esto toma unos dos minutos. Tus respuestas se quedan con la práctica.

Sobre ti

Tu nombre
Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Teléfono

Correo electrónico

Contacto de emergencia

Tu visita

¿Qué te gustaría de la sesión de hoy?

¿Qué zonas?

☐ Pies ☐ Manos ☐ Orejas

Preguntas de salud

Responde todas las preguntas para que tu practicante pueda planear tu sesión según tu salud. Estas preguntas no son consejo médico, así que consulta con tu médico cualquier duda.

¿Tienes alguna de estas en los pies o las manos hoy? Elige todas las que apliquen.

☐ Cortes, ampollas o llagas abiertas ☐ Pie de atleta, hongos en las uñas o verrugas

☐ Un esguince, fractura o cirugía reciente ☐ Gota o una articulación inflamada

☐ Entumecimiento o pérdida de sensibilidad ☐ Ninguna de estas

¿Tienes alguna de estas? Elige todas las que apliquen.

☐ Presión arterial alta ☐ Una condición del corazón

☐ Coágulos o trombosis venosa profunda, ahora o en el pasado ☐ Várices ☐ Diabetes

☐ Cáncer, ahora o en el pasado ☐ Osteoporosis ☐ Artritis ☐ Epilepsia o convulsiones

☐ Fibromialgia ☐ Entumecimiento u hormigueo en alguna parte

☐ Dolores de cabeza frecuentes o migrañas ☐ Una condición de la piel, sarpullido o llaga abierta

☐ Un implante, como implantes mamarios o un marcapasos ☐ Ninguna de estas

¿Estás embarazada o podrías estarlo?

☐ Sí ☐ No

¿Tomas algún medicamento, incluidos analgésicos o relajantes musculares?

☐ Sí ☐ No

¿Cuáles?

¿Tienes alergia o sensibilidad a algún aceite, crema, nueces, látex o aroma?

☐ Sí ☐ No

¿A qué tienes alergia?

¿Tienes fiebre, un resfriado o algo contagioso hoy?

☐ Sí ☐ No

Lo que aceptas

Qué es la reflexología

Entiendo que la reflexología es un trabajo de presión en los pies, las manos o las orejas. No es un tratamiento médico, mi practicante no diagnostica condiciones y la práctica no promete resultados de salud.

Iniciales

Zonas que evitamos

Mi practicante evita cortes, llagas, hinchazón o lesiones recientes, y puede pasar a mis manos si hoy no se pueden trabajar mis pies.

Iniciales

Decir lo que siento

Diré si la presión es demasiada o si un punto está sensible, y puedo detener la sesión en cualquier momento.

Iniciales

Pago de tu sesión

Entiendo que esta práctica solo acepta pago directo. No factura al seguro médico y yo pago cada sesión.

Iniciales

Respeto

Entiendo que la sesión es profesional y no sexual. Cualquier comentario o conducta sexual termina la sesión de inmediato, y aun así se me cobra.

Iniciales _____

Mis respuestas

Mis respuestas son verdaderas y completas. Le avisaré a mi terapeuta antes de cada sesión si mi salud o mis medicamentos cambian.

Iniciales _____

Política de reservas

Tu depósito o tu tarjeta apartan tu cita, y el depósito se descuenta del precio de tu sesión. Para cambiar o cancelar, avisa con al menos 24 horas de anticipación. Una cita perdida o una cancelación tardía se cobra según el monto que la práctica muestra al reservar.

Iniciales _____

el estudio usa tus respuestas de salud solo para hacer tu cita de forma segura y para guardar los registros que pide la ley. Nunca se usan para publicidad ni se venden. Se guardan cifradas, y cada vez que alguien del estudio las abre queda registrado.

Tu firma _____ **Fecha** _____

Nombre en letra de molde _____