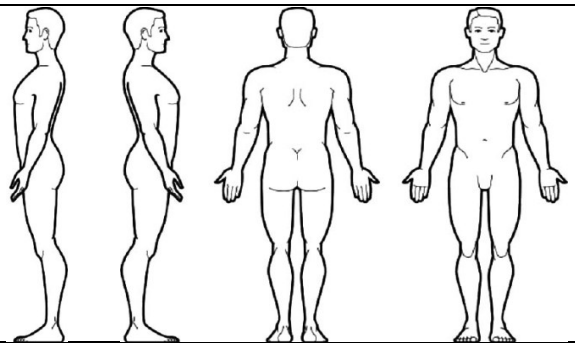
SABAI SPA
Masaje Tradicional Tailandés

Nombre: _____ Teléfono: _____

Email: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

La siguiente información será usada para preparar su sessión de masaje de manera efectiva y segura.
Por favor responda las siguientes preguntas con sinceridad:

1	Ha recibido masaje profesional anteriormente? Caso afirmativo, por favor explique:	[ ]	**Si**	[ ]	**No**
2	Tiene dificultad al acostarse boca arriba, boca abajo o de lado? Caso afirmativo, por favor explique:	[ ]	**Si**	[ ]	**No**
3	Tiene alguna alergia a aceites o ungüentos? Caso afirmativo, por favor explique:	[ ]	**Si**	[ ]	**No**
4	Sufre de tensión, dolor o molestia en alguna parte del cuerpo? Caso afirmativo, por favor explique:	[ ]	**Si**	[ ]	**No**
5	Qué espera de su sesión de masaje de hoy? Por favor marque su opción: [ ] ***Relax*** [ ] ***Alivio de dolor o molestia específica***				
6	Por favor marque si alguna de las opciones abajo es verdadera para usted: [ ] ***Sufrí un ataque cardiaco recientemente*** [ ] ***Actualmente tomo insulina*** [ ] ***Sufro de osteoporosis severa*** [ ] ***Tomo medicinas para control de la presión*** Si usted marcó alguna de las 4 opciones arriba, le recomendamos consultar a su médico antes de recibir una sesión de masaje.				
7	Por favor marque en la lista abajo todas las situaciones que usted haya o esté padeciendo: [ ] ***Sufro de alguna enfermedad de piel*** [ ] ***Sufro de epilepsia*** [ ] ***Tengo heridas o alergias en la piel*** [ ] ***Sufro de migraña o dolores de cabeza*** [ ] ***Tengo facilidad para formar hematomas*** [ ] ***Estoy siendo tratado contra el cáncer*** [ ] ***Sufrí un accidente recientemente*** [ ] ***Tengo problemas de articulación*** [ ] ***Tengo una articulación artificial*** [ ] ***Tengo problema lumbar o en el cuello*** [ ] ***Tengo fiebre actualmente*** [ ] ***Estoy embarazada. De cuántos meses?*** _____ [ ] ***Tuve fractura(s). Hace Cuánto Tiempo?*** _____ [ ] ***Tuve cirugía. Hace cuánto tiempo?*** _____ ***En qué parte del cuerpo?*** ***En qué parte del cuerpo?*** _____ _____				
8	Por favor marque con un círculo el área del cuerpo donde Usted desea que su terapeuta concentre el masaje durante la sesión:				

- El objetivo de la sesión de masaje es fundamentalmente la relajación y el alivio de tensión o dolor muscular y NO es sustituto para ningún tratamiento médico.
- Nuestros servicios NO buscan atentar contra la moral y las buenas costumbres.
- Si usted experimenta alguna molestia durante su sesión, por favor informe inmediatamente a su terapeuta para poder ajustar el nivel de presión a un nivel más agradable para usted.

Firma: _____ Fecha: _____