



Información del paciente - Terapia de masaje prenatal

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Ocupación: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

¿Cómo nos encontraste? _____

Estoy embarazada de ____ (#) semanas. Mi fecha de parto es _____ Este es mi ____ (#) embarazo.

¿Está tomando algún medicamento? Sí/No En caso afirmativo, ¿cuáles? _____

¿Tiene alguna alergia a los aceites, lociones o cremas perfumados / sin perfume? Sí/No En caso afirmativo, especifique _____

Por favor, enumere y explique otras condiciones/síntomas que usted es o ha experimentado: _____

¿Ha tenido una enfermedad grave o crónica, operaciones o accidentes traumáticos? Sí/No En caso afirmativo, por favor explique: _____

Presión arterial: Baja / Normal / Alta

Por favor, compruebe los problemas actuales, marque con (+) si tuvo en el pasado

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> aborto espontáneo * | <input type="checkbox"/> esguince/distensión muscular |
| <input type="checkbox"/> fuga de líquido amniótico * | <input type="checkbox"/> náuseas | <input type="checkbox"/> ataque cardíaco/accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> infección de la vejiga * | <input type="checkbox"/> problemas con la placenta * | <input type="checkbox"/> artritis |
| <input type="checkbox"/> sangrado uterino * | <input type="checkbox"/> trabajo de parto prematuro * | <input type="checkbox"/> Síndrome del túnel carpiano |
| <input type="checkbox"/> coágulo de sangre o flebitis * | <input type="checkbox"/> preeclampsia (toxemia) * | <input type="checkbox"/> alergia a los aceites de nueces |
| <input type="checkbox"/> hipertensión crónica * | <input type="checkbox"/> ciática | <input type="checkbox"/> presión arterial baja |
| <input type="checkbox"/> calambres abdominales * | <input type="checkbox"/> separación de los músculos rectos | <input type="checkbox"/> bursitis |
| <input type="checkbox"/> diabetes (gestacional o mellitus) | <input type="checkbox"/> separación de la sínfisis del pubis | <input type="checkbox"/> hipo o hiperglucemia |
| <input type="checkbox"/> edema/hinchazón | <input type="checkbox"/> trastornos de la piel/pie de atleta | <input type="checkbox"/> lentes de contacto |
| <input type="checkbox"/> fatiga | <input type="checkbox"/> gemelos o más! * | <input type="checkbox"/> otras condiciones o problemas en el embarazo actual o pasado |
| <input type="checkbox"/> dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> venas varicosas | |
| <input type="checkbox"/> insomnio | <input type="checkbox"/> alteraciones visuales * | |
| <input type="checkbox"/> presión arterial alta * | <input type="checkbox"/> parto por cesárea anterior | |
| <input type="checkbox"/> calambres en las piernas | <input type="checkbox"/> condiciones contagiosas | |

¿Has tenido un masaje profesional antes? Sí/No ¿Con qué frecuencia? _____

¿Alguna área en la que le gustaría que su terapeuta se concentrara? _____

¿Haces ejercicio? Sí/No ¿Cuántas veces por semana? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

En caso de emergencia, ¿a quién debemos llamar? Nombre: _____

Teléfono: _____

Estoy experimentando un embarazo de bajo riesgo / alto riesgo (círculo uno) según mi médico / partera. Si actualmente tengo o desarrollo complicaciones (cualquier condición / síntoma mencionado anteriormente con *) discutiré la condición con mi terapeuta de masaje y tendré un comunicado médico para masajes firmado por mi proveedor de atención prenatal antes de continuar con cualquier servicio. He completado este formulario de salud a mi leal saber y entender. Entiendo que un masaje es una ayuda para la salud y no reemplaza el cuidado de un médico. Cualquier información intercambiada durante una sesión de masaje es confidencial y solo se utiliza para brindarle los mejores servicios de atención médica.

Signatura: _____ Fecha: _____

Notas:

