

Informações Pessoais

Nome Nasc. Profissão
 E-mail Celular Tel.
 Endereço Nº CEP
 Bairro Cidade UF Comp.
 Em caso de Emergência, contatar Tel.
 Como nos encontrou? Evento Instagram Internet Indicação

Experiência com Massoterapia

Já fez massoterapia antes? Sim Não Última sessão

Histórico Médico

Por favor, indique qualquer condição abaixo com: **Presente (P)**, **Passado (X)** ou **Recorrente (R)**:

Muscular/Ósseo

- Tendinite/Bursite
- Artrite/Gota
- Dor Maxilar (DTM)
- Problemas na Coluna
- Dores de Cabeça/Enxaqueca
- Osteoporose

Sistema Nervoso

- Herpes Zoster
- Fibromialgia
- Dor Crônica
- Paralisia
- Esclerose Múltipla
- Parkinson
- Dor de cabeça/Enxaqueca

Emocional / Mental

- Ansiedade/Síndrome Estresse
- Depressão
- Distúrbios alimentares
- Outros

Outro

- COVID* ? Há quanto tempo ?**
- Zika/Chikungunya
- Câncer/Tumores
- Diabetes Tipo 1 2
- Fumante
- Álcool
- Lentes de Contato
- Dentadura/aparelhos móveis
- Aparelho auditivo

Circulatório

- Problemas Cardíacos
- Flebite/Varizes
- Pressão Alta Baixa
- Linfodema - Edemas
- Trombose/Embolia

Respiratório

- Asma/Dificuldade de respirar
- Enfisema
- Alergias (*especifique abaixo*)
- Sinusite/Rinite
- Outros

Condições físicas

Realizar uma prática física? Quais?

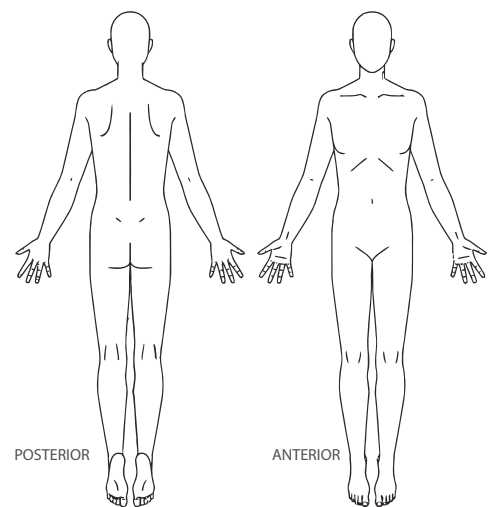
Quantas vezes por semana?

Você se considera flexível? Sim Não Moderado Não sei avaliar

Observações

Contraindicações: Osteoporose, hipertensão, dor aguda na coluna, gravidez, problemas cardíacos, diabetes, fraturas ou lesões de pele.

Marque áreas de tensão ou dor



Assinatura

Local

Data