

BackFit Health + Spine  
DEPARTAMENTO DE MASAJE  
Solicitud del Paciente



Nombre: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Numero # \_\_\_\_\_ Numero De Celular # \_\_\_\_\_  
Ocupacion \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Como se entero de nosotros? \_\_\_\_\_

Molestia principal o el motivo de masaje \_\_\_\_\_

¿Ha tenido un masaje antes? **Sí** o **No**

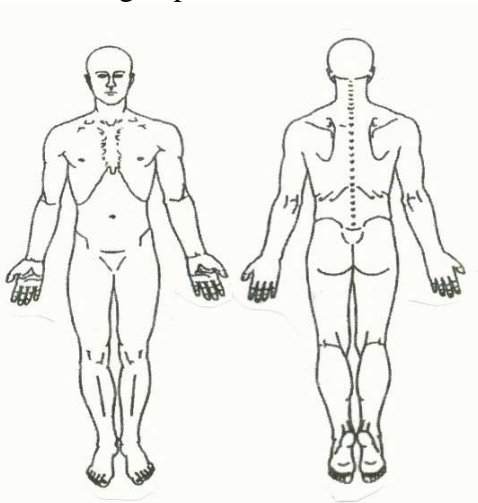
Si es así ¿cuándo fue? \_\_\_\_\_ qué tipo era? \_\_\_\_\_

Tiene algún lesiones / cirugías que necesitamos saber?  
\_\_\_\_\_

Ha estado en un accidente automovilístico o accidente de trabajo en los últimos dos años?  
\_\_\_\_\_

Alguna vez a experimentado dolor, entumecimiento u hormigueo? **Sí** o **No**

En caso afirmativo, marque una "X" en la imagen para indicar



Qué tipo de dolor es? (marque todas las que apliquen)

\_\_\_ fuerte \_\_\_ dolor sordo \_\_\_ dolor pulsátil \_\_\_ entumecimiento \_\_\_ dolor \_\_\_ dolor súbito \_\_\_ ardor \_\_\_ Hormigueo \_\_\_ rigidez \_\_\_ hinchazón \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Con qué frecuencia tiene este dolor? \_\_\_\_\_

Valorar el dolor en una escala de 1 (menor) a 10 (muy fuerte) \_\_\_\_\_

Afecta a su \_\_\_ Trabajo \_\_\_ Dormir \_\_\_ Recreación \_\_\_ Rutina Diaria \_\_\_ Sentado

\_\_\_ Parado \_\_\_ Caminar \_\_\_ Doblado \_\_\_ Acostado \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

(Por favor circule la siguiente las que apliquen a usted)

**Ejercicio**

Ninguno  
Moderado  
Diario  
Pesado

**Actividad Laboral**

Sentado  
Parado  
Trabajo Leve  
Trabajo Pesado

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_