

CUESTIONARIO DE SALUD

Le solicitamos nos proporcione de manera clara y pormenorizada la siguiente información para optimizar su experiencia Spa. Antes de proporcionarnos la información solicitada y de inicial cualquier servicio o tratamiento, lea detalladamente el documento denominado "Deslinde de Responsabilidad", anexo a este documento antes de iniciar cualquier servicio/tratamiento. Le solicitamos que, en caso de cualquier duda, formule las preguntas necesarias al/la Consultor(a) del Spa y una vez (I) comprendido cabalmente su contenido y (II) rubricado de aceptación el mismo por usted, siga puntualmente TODOS los protocolos de seguridad de este establecimiento a efecto de que nos permita salvaguardar en todo momento su integridad física, psicológica y/o moral.

Nombre: _____

Sexo: F M

Suite: _____

Tratamiento: _____

1. ¿Está familiarizado con las instalaciones de nuestro Spa? Sí No

2. Por favor, indíquenos la hora en la que consumió su último alimento sólido: _____

(No se recomienda la ingesta de alimentos justo antes de su servicio debido al proceso de digestión).

3. ¿Ha ingerido bebidas alcohólicas en las últimas 2 horas? Sí No

4. ¿Tiene alguna alergia? Sí No
Especifique: _____

5. Por favor marque las opciones que apliquen a su situación personal:

- Abscesos
- Heridas abiertas
- Fácil aparición de moretones
- Contusiones
- Salpullido
- Piel sensible
- Várices
- Hernia de disco
- Asma

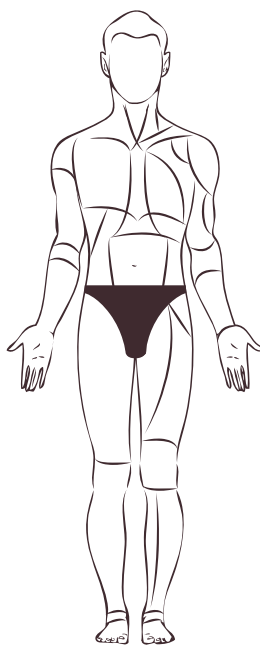
6. ¿Cuál fue su último tratamiento médico? _____

7. ¿Sus ganglios linfáticos han sido removidos o radiados? Sí No

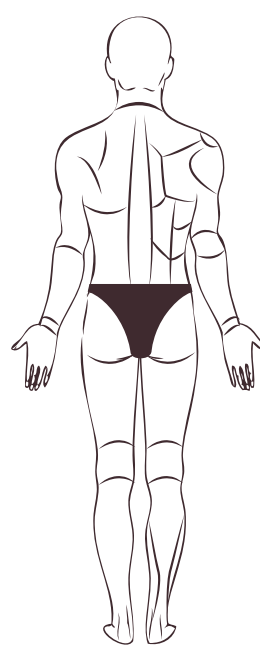
8. ¿Tiene alguna fractura y/o cirugía reciente? (Indique lugar) _____

9. ¿Hay alguna condición para la cual esté tomando medicamento actualmente? Por favor especifique cuál y qué medicamento toma. _____

En los siguientes diagramas del cuerpo, favor de marcar las áreas en las que le gustaría que la terapeuta se concentre.



Frente



Espalda

10. ¿Ha presentado en los últimos 14 días tos seca, fiebre mayor a 37.8 °C y/o dolor de cuerpo? Sí No

11. ¿Sufre de hipertensión arterial o alguna enfermedad cardíaca? _____

12. ¿Está embarazada? (indique el número de meses de embarazo): _____

13. En los últimos 14 días ¿Ha tenido contacto con alguien diagnosticado con Covid-19? Sí No

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre y apellidos: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Parentesco: _____

DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

Certifico que a la fecha de firma del presente, estoy en una condición física suficientemente saludable para poder utilizar las instalaciones y/o para recibir los servicios y/o tratamientos que proporciona SE Spa, establecimiento operado por Promotora Turística Punta Bete, S.A.P.I. de C.V. Lo hago con el completo conocimiento, entendimiento y apreciación de los riesgos que esto implica y reconozco el riesgo de enfermedad o de lesión inherente en cualquier tratamiento. Acepto dichos riesgos consciente y voluntariamente yo mismo(a), así como a nombre del de mis familiares y representantes legales quienes liberamos de toda responsabilidad a Promotora Turística Punta Bete, S.A.P.I. de C.V., a su establecimiento SE Spa y a sus directivos y/o empleados y/o empresas asociadas y/o afiliadas y/o subsidiarias. Entiendo que los tratamientos/servicios ofrecidos por SE Spa no reemplazan ni podrán reemplazar la atención médica y que nadie del personal del Spa está autorizado y/o capacitado para realizar diagnóstico médico alguno. El cuidado de la piel y la terapia corporal pueden estar contraindicados para ciertas afecciones médicas. Con la firma de este documento ratifico que informé al personal del Spa de mi condición de salud/médica completa y mantendré al Spa actualizado respecto de cualquier cambio en la misma en un futuro.

Si experimento algún dolor o malestar durante la prestación del (los) servicio(s) o el desarrollo o aplicación del (de los) tratamiento(s), informaré inmediatamente al personal del Spa para que se hagan los ajustes necesarios en la presión y/o las manipulaciones y/o los productos aplicados para que los mismos se ajusten a mi nivel de seguridad y/o comodidad.

Acepto que en SE Spa está estrictamente prohibido fumar, consumir alcohol o drogas, e ingresar alimentos a la Ceremonia de Agua. Reconozco que realizar cualquiera de estas acciones puede afectar mi capacidad de funcionamiento correcto o dar como resultado acciones peligrosas de mi parte. Entiendo que mi sesión terminará debido a cualquier comportamiento inapropiado. Si estoy ejecutando esta liberación de responsabilidad y renuncia de derechos en nombre de un menor (de al menos 16 años de edad), garantizo y declaro que soy el padre o tutor legal del menor: _____

Cualquier comentario o acción ilícita o sexualmente sugestiva realizada por mí al personal del Spa dará como resultado la terminación inmediata de mi servicio y/o tratamiento y seré responsable del pago completo. No solicitaré, reclutaré ni alentará a ninguna persona empleada por el Spa para la prestación de servicios y/o tratamientos fuera del Spa.

Salvo que así se indique expresamente, ni el Spa ni ninguno de sus directores, empleados, agentes, vendedores o proveedores serán responsables de manera directa o indirecta de ningún daño indirecto, consecuencial, punitivo, ejemplar o de otro tipo; ingresos o ganancias; o reclamaciones de terceros que surjan de o en relación con el uso de los servicios y/o tratamientos proporcionados o brindados en el Spa.

Todos los servicios prestados por SE Spa y/o por sus empleados y/o por sus asociados y/o por sus afiliados se considerarán prestados en México, independientemente de mi nacionalidad, residencia, ubicación de mi negocio o el negocio que represente. Los documentos producidos, revisados o firmados remotamente de cualquier manera, así como acciones tomadas de cualquier forma o de quien hubiese realizado el pago de los servicios y/o tratamientos se regirán de conformidad con las leyes de México, particularmente de conformidad con las disposiciones aplicables en _____, México. Al firmar esta declaración, acepto que todas las acciones y/o procedimientos que surjan en relación con los servicios y/o tratamientos prestados por el Spa y/o cualquiera de sus directivos y/o empleados y/o asociados y/o afiliados, serán juzgados y litigados exclusivamente en los tribunales ubicados en _____, México. La elección de la sede antes mencionada es una decisión propia y del Spa, de carácter obligatorio y no discrecional.

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre completo: _____