

CUESTIONARIO MÉDICO

Bienvenido (a):

Para optimizar su experiencia de bienestar y cuidar su salud, le pedimos que responda las siguientes preguntas.

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Correo electrónico: _____ Núm. de suite: _____

Servicio seleccionado: _____

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

¿Padece alguna afección dermatológica? ☐ Sí ☐ No

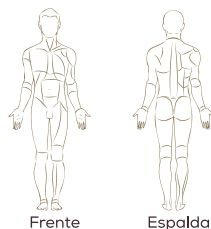
¿Cuál? _____

¿Está tomando algún medicamento? ☐ Sí ☐ No

¿Cuáles? _____

Para tratamientos corporales: ¿actualmente experimenta rigidez o siente algún dolor muscular o de articulaciones (espalda baja, cuello, hombros, etc.)? ☐ Sí ☐ No

En el siguiente diagrama, indique con una ✓, las áreas del cuerpo donde le gustaría recibir mayor atención. Indique con una ✕, las partes donde esté experimentando dolor o no desea recibir tratamiento.



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

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Abscesos o heridas abiertas | <input type="radio"/> Fracturas recientes (indique lugar): _____ |
| <input type="radio"/> Fácil aparición de moretones | <input type="radio"/> Cirugía reciente (indique el tipo y hace cuánto tiempo): _____ |
| <input type="radio"/> Moretones o contusiones | <input type="radio"/> Hipertensión |
| <input type="radio"/> Sarpullido | <input type="radio"/> Enfermedades del corazón |
| <input type="radio"/> Alergias | <input type="radio"/> Embarazo (indique meses): _____ |
| <input type="radio"/> Piel sensible | <input type="radio"/> Otros: _____ |
| <input type="radio"/> Várices | |
| <input type="radio"/> Hernia de disco | |
| <input type="radio"/> Asma | |

DESLINDE DE RESPONSABILIDAD: certifico que estoy en una condición física suficientemente buena para poder utilizar las instalaciones del Spa. Lo hago en 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 conscientemente y yo mismo(a), así como mis familiares y representantes legales, liberamos de toda responsabilidad a Grand Velas, a sus afiliados y subsidiarios.

Fecha: _____ Firma: _____



MEDICAL QUESTIONNAIRE

Welcome to the Signature Spa.

To optimize your wellness experience and take care of your health, we kindly ask you to answer the following questions.

Name: _____

Birthday: _____ Sex: _____

E-mail: _____ Suite No.: _____

Service: _____

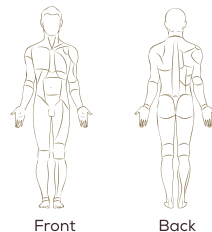
Are you familiarized with our Spa facilities? ☐ Yes ☐ No

Do you have any dermatological affection? ☐ Yes ☐ No
Please specify: _____

Are you currently under medical treatment? ☐ Yes ☐ No
Please specify: _____

Are you currently experiencing stiffness, muscle or joint pain (low back, neck, shoulders, etc.)? ☐ Yes ☐ No

In the diagram below, please indicate with a ✓, the body areas where you would like to receive more attention. Indicate with an X, the parts where you are experiencing some pain or discomfort or areas where you don't want to receive treatment.



Please check the options that apply to your personal situation:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Abscess or open wounds | <input type="radio"/> Recent broken bones (indicate which part of the body): _____ |
| <input type="radio"/> Easy bruising | <input type="radio"/> Recent surgeries (indicate time and type): _____ |
| <input type="radio"/> Bruises | <input type="radio"/> Hypertension |
| <input type="radio"/> Skin rash | <input type="radio"/> Heart diseases |
| <input type="radio"/> Allergies | <input type="radio"/> Pregnancy (indicate how many moths): _____ |
| <input type="radio"/> Skin sensitivity | <input type="radio"/> Other: _____ |
| <input type="radio"/> Varicose veins | |
| <input type="radio"/> Herniated disc | |
| <input type="radio"/> Asthma | |

LIABILITY WAIVER: I hereby acknowledge that I am sufficiently in good physical condition to use the Spa facilities. I use them with a full knowledge, understanding and appreciation of the risk of illness and inherent injury derived from any treatment. I expressly provide my agreement and I, on my own, as well as my family and legal representatives, waive and release Grand Velas, its affiliates and subsidiaries from any responsibility.

Date: _____ Signature: _____