

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: _____

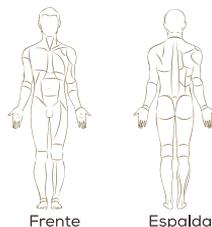
¿Está familiarizado con las instalaciones de nuestro Spa? Sí No

¿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: _____

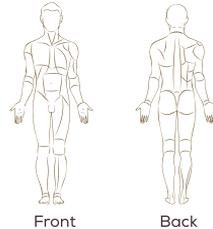
Are you familiarized with our Spa facilities? Yes No

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 ✕, 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: _____