

# Muestra

## Manual de Spa

27.94 cm

**Spa | SE**  
CUESTIONARIO DE SALUD

Le solicitamos nos proporcione de manera clara y pormenorizada la siguiente información para optimizar su experiencia Spa. Antes de llenar el siguiente formato y de iniciar cualquier servicio o tratamiento, lea detalladamente el documento denominado "Destin de Responsabilidad", anexo a este documento.

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

¿Tiene alguna alergia?  Sí  No

¿Qué desea obtener de su Experiencia Spa?  
 Relajación  18 o menor  40 a 49  
 Alivio de la tensión muscular  19 a 29  50 a 59  
 Mejorar la condición de la piel  30 a 39  60 en adelante  
 Ritual de belleza

¿Está tomando algún medicamento?  
¿Cuál y de qué forma?

Sexo: F  M   
Núm. de suite: \_\_\_\_\_  
Tratamiento: \_\_\_\_\_

En el siguiente diagrama indique con la letra "X" las partes del cuerpo donde haya experimentado o esté experimentando dolor y solicite que no necesiten tratamiento o indique con la letra "Y" las áreas del cuerpo en donde le gustaría recibir el tratamiento con mayor intensidad.

Por favor, indique 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).

¿Ha ingerido bebidas alcohólicas en las últimas 24 horas?  Sí  No

En el siguiente diagrama indique con la letra "X" las partes del cuerpo donde haya experimentado o esté experimentando dolor y solicite que no necesiten tratamiento o indique con la letra "Y" las áreas del cuerpo en donde le gustaría recibir el tratamiento con mayor intensidad.

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

- Abcesos
- Heridas abiertas
- Fácil aparición de moretones
- Moretones
- Contusiones
- Salpullido
- Alergias
- Piel sensible
- Várices
- Hernia de disco
- Asma

Fracturas recientes (indique lugar): \_\_\_\_\_  
Cirugía reciente (indique la fecha y tipo): \_\_\_\_\_  
Hipertensión \_\_\_\_\_  
Embarazo (indique el número de meses de embarazo): \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA  
Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Este documento es una muestra de un cuestionario de salud que se entrega a los huéspedes antes de un servicio de spa. Incluye secciones para: familiarización con el spa, alergias, objetivos del spa, medicamentos, consumo de alimentos y alcohol, condiciones de salud, lesiones, fracturas, cirugía, hipertensión, embarazo, otros factores de salud, y datos de contacto de emergencia.

21.6 cm

**Nombre:**  
Cuestionario médico  
GRAND VELAS

**Descripción:**  
Cuestionario que se entrega al huésped que va a tomar un servicio de Spa para que conteste sobre su estado de salud.

**Código:**  
SPGV3A

**Actualización:**  
Enero 2018

**Especificaciones**  
Impresión tinta directa Pantone Cool Gray 10 C. Papel Opalina de 150 g. Blanco.

Este documento sólo es una muestra y el diseño puede estar a escala, si requiere el archivo en alta o para imprenta favor de solicitarlo con el código al Departamento de Comunicación.

**Contacto:**  
comunicacion@velasresorts.com  
+52 (322) 226 8669