



CUESTIONARIO MÉDICO

Bienvenido(a) al Spa.
Para optimizar su experiencia de bienestar y cuidar su salud,
le pedimos que responda las siguientes preguntas.

Nombre: _____

Fecha : _____ Núm. de habitación o suite: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Estilista: _____

¿Tiene alguna alergia o enfermedad?

¿Cuál? _____ ☐ Sí ☐ No

¿Tiene piel sensible? ☐ Sí ☐ No

¿Padece de diabetes? ☐ Sí ☐ No

Observaciones y comentarios:

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, así como mis familiares y representantes legales, libero de toda responsabilidad a Velas Vallarta, a sus afiliados y subsidiarios.

Firma: _____



MEDICAL QUESTIONNAIRE

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

Name: _____

Date: _____ Suite No.: _____

E-mail: _____

Birthday: _____

Stylist: _____

Do you have any allergy or disease?

Please specify: _____ ☐ Yes ☐ No

Do you have sensitive skin? ☐ Yes ☐ No

Do you suffer from diabetes? ☐ Yes ☐ No

Additional comments:

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 Velas Vallarta, its affiliates and subsidiaries from any responsibility.

Firma: _____