

## 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 "Deslinde de Responsabilidad", anexo a este documento.

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

¿Tiene alguna alergia? ☐ Sí ☐ No  
Especifique: \_\_\_\_\_

¿Qué desea obtener de su Experiencia Spa?

- ☐ Relajación
- ☐ Alivio de la tensión muscular
- ☐ Mejorar la condición de la piel
- ☐ Ritual de belleza

¿Está tomando algún medicamento? ☐ Sí ☐ No  
¿Cuál y de qué forma? \_\_\_\_\_

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).

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

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

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Abscesos                     | <input type="radio"/> Salpullido      |
| <input type="radio"/> Heridas abiertas             | <input type="radio"/> Alergias        |
| <input type="radio"/> Fácil aparición de moretones | <input type="radio"/> Piel sensible   |
| <input type="radio"/> Moretones                    | <input type="radio"/> Várices         |
| <input type="radio"/> Contusiones                  | <input type="radio"/> Hernia de disco |
|  | <input type="radio"/> Asma            |

☐ Fracturas recientes (indique lugar): \_\_\_\_\_

☐ Cirugía reciente (indique la fecha y tipo): \_\_\_\_\_

☐ Hipertensión ☐ Enfermedades del corazón

☐ Embarazo (indique el número de meses de embarazo): \_\_\_\_\_

☐ Otros: \_\_\_\_\_

Grupo de edad:

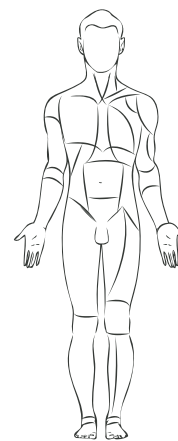
- |                                  |                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> 18 o menor | <input type="radio"/> 40 a 49        |
| <input type="radio"/> 19 a 29    | <input type="radio"/> 50 a 59        |
| <input type="radio"/> 30 a 39    | <input type="radio"/> 60 en adelante |

Sexo: F ☐ M ☐

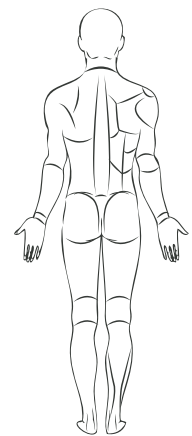
Núm. de habitación o suite: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

En el siguiente diagrama indique con la letra "X" las partes del cuerpo donde haya experimentado o esté experimentando dolor y considere que no necesitan tratamiento o solicita que las mismas no sean manipuladas. Indique con la letra "Y" las áreas del cuerpo en donde le gustaría recibir el tratamiento con mayor intensidad.



Frente



Espalda

### CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

## DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

vv

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 AMET 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 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 AMET 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 AMET 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 AMET Spa está estrictamente prohibido fumar, consumir alcohol o drogas, e ingresar alimentos a las áreas. 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 alentaré 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 AMET 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 el estado de Jalisco, 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 el estado de Jalisco, México. La elección de la sede antes mencionada es una decisión propia y del Spa, de carácter obligatorio y no discrecional.

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Firma de conformidad: \_\_\_\_\_