

Nome: _____ Data Nasc.: _____
Rua: _____ Número: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Est: _____ CEP: _____
F. Resid. () _____ F. Com. () _____ Celular () _____
E-mail: _____ Profissão: _____ Ocupação: _____
CPF: _____ Estado Civil: _____ Filhos: _____
Indicação: _____ Religião: _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Pressão: Alta () _____ Baixa () _____ Normal () _____

Medicação usada regularmente por mais de um ano e/ou até um ano atrás. Especifique:

Lesão cranial (tumores, edemas, pancadas c/ perda de memória, desmaios, coágulos, derrames etc.):

(sim) ou (não). Há quanto tempo? _____ Especifique: _____

Lesão na coluna vertebral (hérnia de disco, osteofitos/bico de papagaio, artrose, osteoporose, etc):

(sim) ou (não). Há quanto tempo? _____ Especifique: _____

Lesões Coronárias (cirurgia, pontes, marcapasso, insuficiência cardíaca etc.):

(sim) ou (não). Há quanto tempo? _____ Especifique: _____

Cirurgias: _____

(sim) ou (não) Há quanto tempo? _____ Especifique: _____

Tem Diabetes? (sim) ou (não). Há quanto tempo? _____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

TERMO DE COMPROMISSO

Responsabilizo-me pelas informações aqui transmitidas como sendo a verdade e estou ciente do tratamento a ser realizado com Reflexologia, o qual usará apenas as mãos e instrumentos não invasivos em sua terapêutica, bem como os possíveis efeitos secundários ocasionados pelo tratamento ao qual concordo expressamente neste termo. Também estou ciente que a Reflexoterapia não é uma especialidade Médica, Psicológica ou da área da Fisioterapia, não tendo o profissional que fará o trabalho técnico, a necessidade de uma formação em qualquer destas áreas. Autorizo o tratamento recomendado.

_____, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Responsável

Nome do Cliente: _____ Data: _____

Terapeuta Responsável: _____

Queixa do Cliente: _____

Observações Adicionais: _____

TERAPÊUTICA UTILIZADA**Sistema
Completo:****Com atenção especial:**

Nervoso	<input type="checkbox"/>	→	_____
Glandular	<input type="checkbox"/>	→	_____
Linfático	<input type="checkbox"/>	→	_____
Circulatório	<input type="checkbox"/>	→	_____
Cardíaco	<input type="checkbox"/>	→	_____
Respiratório	<input type="checkbox"/>	→	_____
Digestório	<input type="checkbox"/>	→	_____
Urinário	<input type="checkbox"/>	→	_____
Reprodutor	<input type="checkbox"/>	→	_____
Esquelético	<input type="checkbox"/>	→	_____
Muscular	<input type="checkbox"/>	→	_____

Prioridades:
