

# FICHA TECNICA #\_\_\_

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

Razon de visita: \_\_\_\_\_

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

Edad: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_

Ciclo menstrual: \_\_\_\_\_

## ESTADO DE SALUD Y MODO DE VIDA

**Sufre o a sufrido de problemas :**

cardiacos ( ) endocrino ( ) circulación ( ) digestivo ( )  
) tensión arterial ( ) Otros :

Peso actual \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ Masa \_\_\_\_\_

Costumbres Alimenticias:

**Cirugías:**(Si) (No) ¿Cuales? ( \_\_\_\_\_ )

**Modo de vida:** Activa ( ) Sedentaria ( )

**Hernias Disciales:**(Si) (No) ¿Cuales? ( \_\_\_\_\_ )

**Fuma:** Si ( ) No ( ) Ocasionalmente ( )

**Hipersensibilidad:**(Si) (No) ¿Cuales? ( \_\_\_\_\_ )

**Alcohol:** Si ( ) No ( ) Ocasionalmente ( )

**Calidad del sueño:** Buena ( ) Mala ( ) Normal ( )

Deportes aplicados:

Tipo de masaje	Localizado	Donde
Masaje relajante		
Masaje Deportivo		
Masaje Linfatico		
Masaje Descontracturante		
Masaje _____		
Masaje _____		
Masaje _____		

# NOTAS APARTES

## DOLOR LOCALIZADO

