

Avaliação de Massoterapia e Consentimento

Histórico de saúde e consentimento informado para serviços de massoterapia e trabalho corporal

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de Email *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Detalhes da Sessão

Tipo de Massagem Solicitada *

☐ Sueco / Relaxamento

☐ Tecido Profundo

☐ Massagem Desportiva

☐ Pedras Quentes

☐ Terapia de Pontos Gatilho

☐ Liberação Miofascial

☐ Drenagem Linfática

☐ Reflexologia

☐ Aromaterapia

☐ Ventosas

☐ Recomendação do Terapeuta

Preferência de Pressão *

☐ Leve

☐ Médio

☐ Firme

☐ Profundo / Muito Firme

Áreas de Foco / Preocupação

☐ Cabeça / Pescoço

☐ Ombros

☐ Parte Superior das Costas

☐ Parte Inferior das Costas

☐ Braços / Mãos

☐ Quadril / Glúteos

☐ Pernas / Pés

☐ Corpo Inteiro — Foco Uniforme

Áreas a Evitar

Histórico de Saúde

Você tem alguma das seguintes condições?

- | | |
|--|--|
| ☐ Pressão arterial alta | ☐ Condição cardíaca |
| ☐ Diabetes | ☐ Câncer (atual ou recente) |
| ☐ Histórico de coágulos sanguíneos / TVP | ☐ Osteoporose |
| ☐ Artrite | ☐ Fibromialgia |
| ☐ Condição de pele (eczema, psoríase, erupções) | ☐ Varizes |
| ☐ Disco herniado ou protuberante | ☐ Nenhuma das acima |

Você está atualmente grávida? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você teve ferimentos recentes, cirurgias ou fraturas? *

- ☐ Sim ☐ Não

Se sim, por favor descreva

Medicamentos Atuais

Você tem alergias a óleos, loções ou fragrâncias? *

- ☐ Sim ☐ Não

Se sim, por favor descreva

Consentimento e Isenção de Responsabilidade

Consentimento para Massoterapia:

1. Entendo que massoterapia não é um substituto para tratamento médico.
2. Informarei meu terapeuta sobre qualquer desconforto durante a sessão.
3. Entendo que posso me despir até o nível de conforto e serei adequadamente coberto em todos os momentos.
4. Consinto com as técnicas de massagem discutidas com meu terapeuta.
5. Entendo que a massagem pode ocasionalmente causar dores, hematomas ou tontura.
6. Divulguei todas as condições de saúde relevantes e entendo que reter informações pode afetar a segurança do meu tratamento.

Consinto com massoterapia e divulguei todas as informações de saúde relevantes.

Li e concordo com o consentimento acima: _____

Anotações da Sessão

Apenas para uso interno

	Data	Área	Técnica	Pressão
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimento e Assinatura

Consinto com massoterapia conforme descrito. Divulguei todas as condições de saúde relevantes e entendo a natureza e propósito do tratamento. Exonero o terapeuta de responsabilidade.

Confirmo que li e compreendi as informações acima e dou meu consentimento informado.

Li e compreendo as informações acima: _____

Assinatura

Data

Nome completo

Data *

DD / MM / AAAA

Este formulário foi fornecido gratuitamente pela Consentify

O Consentify transforma formulários como este em consentimento digital que seus clientes assinam em seus próprios telefones por código QR — com PDFs automáticos, sinalizadores de contraindicações e armazenamento criptografado. Plano gratuito disponível em <https://getconsentify.com>.

Apenas um modelo. Revise com seu próprio profissional licenciado ou assessor jurídico antes de usar; os requisitos variam de acordo com a jurisdição e a prática.