

Consentimiento de Masaje Prenatal

Consentimiento especializado para masaje prenatal con evaluación específica del trimestre y autorización médica

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Información del Embarazo

Fecha de Parto Esperada *

DD / MM / AAAA

Trimestre Actual *

☐ Primer Trimestre (semanas 1-12)

☐ Segundo Trimestre (semanas 13-27)

☐ Tercer Trimestre (semanas 28-40)

Nombre del Obstetra/Ginecólogo o Comadrona *

Teléfono del Obstetra/Ginecólogo *

¿Tu médico te ha autorizado para recibir masaje? *

☐ Sí

☐ No

☐ Aún no lo he preguntado

Evaluación de Salud del Embarazo

¿Tu embarazo ha sido clasificado como de alto riesgo? *

☐ Sí

☐ No

¿Experimentas o te han diagnosticado alguno de los siguientes?

☐ Preeclampsia / Presión arterial alta

☐ Diabetes gestacional

☐ Placenta previa

☐ Riesgo de parto prematuro / Insuficiencia cervical

☐ Coágulos de sangre / TVP

☐ Edema severo / Inflamación

☐ Náuseas matutinas severas / Hiperémesis

☐ Ninguno de los anteriores

¿Dónde experimentas molestias?

Consentimiento de Masaje Prenatal

Información del Masaje Prenatal:

- Te posicionarás de lado con almohadas de apoyo para comodidad y seguridad
- Se evitarán ciertos puntos de presión (tobillos, muñecas, entre el pulgar e índice) ya que pueden estimular contracciones
- NO se realizará trabajo abdominal profundo
- Se utilizarán aceites esenciales seguros para el embarazo, o ninguno si lo prefieres
- Si experimentas contracciones, mareos o molestias, informa a tu terapeuta inmediatamente
- Se ha demostrado que el masaje durante el embarazo reduce el estrés, disminuye la tensión muscular, mejora la circulación y promueve un mejor sueño

Confirmando que he divulgado mi estado de salud completo del embarazo y entiendo las pautas para masaje prenatal.

Entiendo las pautas del masaje prenatal: _____

Notas de Sesión

Solo para uso interno

	Fecha	Área	Técnica	Notas
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimiento y Firma

Doy consentimiento para recibir terapia de masaje prenatal. He divulgado todas las condiciones de salud relacionadas con el embarazo y entiendo que ciertas técnicas y áreas se modifican o se evitan durante el embarazo. Libero al terapeuta de responsabilidad.

Confirmando que he leído y entendido la información anterior y doy mi consentimiento informado.

He leído y entiendo la información anterior: _____

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Fecha *

DD / MM / AAAA

Este formulario fue proporcionado gratuitamente por Consentify

Consentify convierte formularios como este en consentimiento digital que tus clientes firman en su teléfono mediante código QR — con PDFs automáticos, alertas de contraindicaciones y almacenamiento cifrado. Plan gratuito disponible en <https://getconsentify.com>.

Solo plantilla. Revisa con tu propio profesional con licencia o asesor legal antes de usar; los requisitos varían según la jurisdicción y la práctica.