

SPA FASANO

FICHA DE CADASTRO | REGISTRATION FORM

NOME | NAME _____

E-MAIL _____

TELEFONE | PHONE _____

N. DO APTO | ROOM N. _____ QUADRA | LOTE _____

QUAL A SUA QUEIXA PRINCIPAL?

WHAT IS YOUR MAIN COMPLAIN? _____

FAZ USO DE MEDICAMENTOS? ____ SIM | YES ____ NÃO | NO

ARE YOU CURRENTLY TAKING ANY MEDICATION?

QUAL MEDICAMENTO? | WHAT MEDICATION?

USA MARCAPASSO? | DO YOU HAVE A PACEMAKER? ____ SIM | YES ____ NÃO | NO

ALERGIA? | DO YOU HAVE ANY ALLERGIES? ____ SIM | YES ____ NÃO | NO

QUAL TIPO? | WHAT ALLERGIES?

ESTÁ GRÁVIDA? | ARE YOU PREGNANT? ____ SIM | YES ____ NÃO | NO

COMO É SUA PRESSÃO ARTERIAL? ____ NORMAL ____ ALTA | HIGH ____ BAIXA | LOW

HOW IS YOUR BLOOD PRESSURE?

DIGESTÃO? | HOW IS YOUR DIGESTIVE PROCESS? ____ ÓTIMA | GOOD ____ REGULAR ____ RUIM | BAD

EXISTE ALGUMA PARTE DO SEU CORPO EM QUE VOCÊ **NÃO** GOSTARIA DE SER TOCADO? ____ SIM | YES ____ NÃO | NO

IS THERE ANY PART OF YOUR BODY THAT YOU DONT LIKE TO BE TOUCHED?

QUAL? | WHICH?

ALGUMA CIRURGIA? | HAVE YOU EVER UNDERGONE ANY SURGERY? ____ SIM | YES ____ NÃO | NO

HÁ QUANTO TEMPO, QUAL? | WHEN? WHAT SURGERY? _____

ASSINALE OS SINTOMAS PREDOMINANTES NA SUA VIDA

CHECK WHICH FEELINGS ARE MORE PRESENT IN YOUR LIFE NOWADAYS.

____ STRESS ____ MEMÓRIA RUIM | WEAK MEMORY

____ NERVOSISMO | IRRITABILITY ____ DEPRESSÃO | DEPRESSION

____ PREOCUPAÇÃO | WORRIMENT ____ MEDO | FEAR

____ PROBLEMAS INTESTINAIS | BOWEL PROBLEMS ____ INSÔNIA | INSOMNIA

____ ANSIEDADE | ANXIETY

OUTROS | OTHERS QUAL? | WHICH? _____

DECLARO, AS INFORMAÇÕES POR MIM PRESTADAS, SÃO VERDADEIRAS E NÃO TENHO NENHUMA DOENÇA, PATOLOGIA NEM CONDIÇÃO PREEEXISTENTE QUE ME IMPEÇA DE RECEBER OS TRATAMENTOS POR MIM CONTRATADOS, COMPROMETENDO-ME A MANTER O SPA BOA VISTA E SEUS TERAPEUTAS E FUNCIONÁRIOS ISENTOS DE QUALQUER RESPONSABILIDADE NESSE SENTIDO.

I DECLARE THAT THE INFORMATION GIVEN BY ME IS TRUE AND THAT I DO NOT SUFFER FROM ANY ILLNESS, PATOLOGY OR PRE-EXISTING CONDITION THAT MAY PREVENT ME FROM RECEIVING THE TREATMENTS I HAVE CONTRACTED. I HEREBY EXEMPT SPA BOA VISTA AND THEIR THERAPISTS AND EMPLOYEES FROM ANY SUCH LIABILITY.

DATA | DATE _____

ASSINATURA | SIGNATURE _____

TERAPIA | THERAPY _____

AROMA | FRAGRANCE _____

TRILHA SONORA | SOUNDTRACK _____