

Sesión Dolphin MPS

Formulario de ingreso y consentimiento

Yvette Farkas | Altos, Paraguay

Completá este breve formulario y enviámelo por WhatsApp antes de tu primera sesión. Podés llenarlo en el celular o en la computadora, o imprimirlo y mandarme una foto. Lo que compartas es confidencial y se usa solo para preparar y realizar tus sesiones.

1. TUS DATOS

Nombre completo

WhatsApp / teléfono

Correo electrónico (opcional)

Contacto de emergencia (nombre y número)

Médico de cabecera u otro profesional de la salud (opcional)

¿Cómo conociste este servicio?

Horarios preferidos (marcá los que te sirvan): ☐ Martes a viernes, 13 a 17 h ☐ Sábado, 16 a 18 h

Día y hora preferidos (por ejemplo, jueves a las 14 h)

2. QUÉ TE TRAE

Me interesa: ☐ Liberación de cicatrices ☐ Recuperación de lesiones ☐ Ambas

¿Dónde está la cicatriz o la zona, cómo ocurrió y hace cuánto tiempo?

Fecha aproximada de la cirugía o de la lesión

¿Con qué te gustaría recibir apoyo? (por ejemplo tirantez, sensibilidad, sensación de tirón, limitación de movimiento, molestias)

¿La cicatriz está completamente cerrada y sin signos de infección? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

¿Un médico o fisioterapeuta evaluó la cicatriz o la lesión? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué te dijo? (opcional)

3. SALUD Y SEGURIDAD

Respondé Sí o No en cada pregunta.

¿Estás embarazada o podrías estarlo? ☐ Sí ☐ No

¿Tenés marcapasos u otro dispositivo electrónico implantado? ☐ Sí ☐ No

¿Tuviste alguna vez un accidente cerebrovascular o una convulsión, incluso un episodio aislado o antiguo? ☐ Sí ☐ No

¿Hay una herida abierta o una infección en la zona donde se trabajaría? ☐ Sí ☐ No

¿Hay cáncer en la zona donde se trabajaría o cerca de ella? ☐ Sí ☐ No

¿Hay algo más sobre tu salud, o algún medicamento, que deba saber?

Dolphin MPS no se aplica durante el embarazo, con marcapasos u otros dispositivos electrónicos implantados, en la parte frontal del cuello, en la boca, sobre heridas abiertas o infecciones, ni en zonas con cáncer. Si respondiste Sí en alguna pregunta, me comunico con vos para conversarlo antes de agendar. Algunas otras situaciones requieren autorización médica.

4. CONSENTIMIENTO

- La información que di es verdadera según mi leal saber y entender. Le avisaré a Yvette de cualquier cambio antes de las sesiones o entre una y otra.
- Dolphin MPS es una terapia complementaria. No es un servicio médico ni de fisioterapia y no incluye diagnóstico. Las respuestas varían de una persona a otra.
- No reemplaza el diagnóstico médico ni el tratamiento necesario. Consultaré con mi médico u otro profesional de la salud por cualquier condición reciente, intensa o sin diagnóstico.
- La intensidad se ajusta a mi comodidad y puedo pedir una pausa o detener la sesión en cualquier momento.
- Las citas se pagan por adelantado, por PayPal, Wise o transferencia a una cuenta bancaria en Paraguay. Mi cita queda confirmada al recibir el pago.
- Con al menos 48 horas de aviso, puedo reprogramar sin costo o recibir el reembolso, menos las comisiones de PayPal, de Wise o de la transferencia bancaria. Con menos de 48 horas de aviso, el pago no se reembolsa.

Escribir tu nombre completo abajo cuenta como tu firma cuando enviás este formulario por WhatsApp o por correo.

Nombre completo (en letra de imprenta o escrito)

Fecha

Gracias. Te respondo por mensaje de WhatsApp para confirmar que me llegó tu formulario.