

*Sobadores del Llano and Remedios Naturales NM LLC*

Date \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Mailing Address \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Phone Numbers (Day) \_\_\_\_\_ (Evening) \_\_\_\_\_ (Cell) \_\_\_\_\_

Referred By \_\_\_\_\_ E-mail Address \_\_\_\_\_

Emergency Contact Name \_\_\_\_\_ Phone (Day) \_\_\_\_\_ (Eve) \_\_\_\_\_

Physician's Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Have you had massage before? If so, what kind(s)? \_\_\_\_\_

What is your primary reason for a treatment today? \_\_\_\_\_

Please Circle any of the following conditions that pertain to you: 1) Cold/Flu with fever within the previous 24 hours, 2) Blood Pressure Problems, 3) Heart Disease, 4) Cancer (current or past personal history), 5) Skin Diseases, 6) Current Redness or Swelling in any Joints and/or 7) Currently Pregnant or Nursing a Baby

Do you have any conditions and/or diseases that have been diagnosed by a Medical doctor? Please List: \_\_\_\_\_

List all Medications, Vitamins, Herbs or other Supplements that you are currently taking: \_\_\_\_\_

Do you drink filtered or bottled water, and if so what kind: \_\_\_\_\_

Please Continue on Other Side>>>>

Please list **ALL** surgeries and serious injuries, **including dates**, that you have ever had: \_\_\_\_\_

---

---

---

Do you have areas in your body where you regularly experience pain or discomfort that are **NOT** your primary reason for treatment today? Please describe: \_\_\_\_\_

---

---

Do you have areas of your body that are ticklish, especially sensitive to touch because of a tingling or numb-like sensation and/or that actually go numb on occasion, or which are always numb? Please describe: \_\_\_\_\_

---

---

Please list all allergies including hayfever (airborne pollens etc.), food allergies, allergies to drugs/medications, sensitivities to fragrances/perfumes and problems with oils or lotions: \_\_\_\_\_

---

---

If you would like to submit a claim to your insurance for billing or reimbursement, please list your insurance carrier, name under which the insurance is carried, your policy identification number, and the toll-free number for your insurance company which appears on the back of your insurance card: \_\_\_\_\_

---

---

---

If this is a Workers Compensation or an Automobile or Personal Injury (PI) Insurance Claim, please list the claim number and claims adjuster name and contact number: \_\_\_\_\_

---

---

Please be aware that if we submit a bill for insurance purposes, all information provided here as well as file notes that we keep concerning your treatments will be submitted to your insurance provider.

As is true for everyone, our time is our most valuable asset. Because of this, we have established the following cancellation policy: If you must cancel your appointment with less than 24 hours notice, you must either pay the full price of the treatment or find someone else to take your appointment. Please sign below, acknowledging that the above information is true and correct to the best of your knowledge and that you understand and agree to our cancellation policy. Thank you for your understanding.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

*Emily Lucero, MT1270 and Jimmy V. Sánchez, MT2234*  
2903 Avenida Alamosa, Santa Fe, NM 87507  
Phone: (505) 473-3053 Email: [sobadores@newmexico.com](mailto:sobadores@newmexico.com) RemediosNaturalsNM.com

*Sobadores del Llano and Remedios Naturales NM LLC*

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Que Trabajo Hace \_\_\_\_\_

Dirección de enviar correo \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (día) \_\_\_\_\_ (tarde) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

¿Quién te mandó aquí? \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia (Nombre) \_\_\_\_\_ su número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de tu Doctor \_\_\_\_\_ su número de teléfono \_\_\_\_\_

¿Has recibido masaje antes? cual(es) tipo(s)? \_\_\_\_\_

¿Que es la razón primaria para el tratamiento hoy? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marca cualquiera condición que aplica a ti: 1) Catarro/Gripe con calentura dentro de las últimas 24 horas, 2) problemas con presión de la sangre, 3) enfermedad del corazón , 4) cáncer (corriente o una historia personal), 5) enfermedad de la piel, 6) hinchazón o rojez de cualquiera articulacion 7) embarazada o amamantando a un bebé:

Apunta condiciones y/o enfermedades diagnosticada por un doctor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Apunta todas las medicamentas, vitaminas, hierbas u otras suplementos que tomas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Que clase de agua tomas (de la llave, filtrada, purificada)?: \_\_\_\_\_

Apunta con las fechas todas las cirugías, accidentes fuertes, cortadas profundas, huesos rotos etc.?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

Apunta partes del cuerpo donde tienes dolores o incomodidades regularmente que NO son la razón primaria para el tratamiento de hoy: \_\_\_\_\_

Apunta partes del cuerpo que se hacen cosquillosos o están especialmente sensitivas al tocar o que se hacen entumecidas y descríbelas: \_\_\_\_\_

---

---

Apunta todas las alergias incluyendo fiebre del heno (pólenes aerotransportado, etc.), alergias a comidas, alergias a medicamentos, sensibilidad a fragancias/perfumes, y problemas con productos untados (cremas, aceites etc.): \_\_\_\_\_

---

---

Si quieres entregar una petición por facturación o reembolso, apunta el nombre de la seguridad, nombre debajo que estás asegurado, el número de identificación de póliza, y el número de contacto para la compañía (parece en la parte trasera de la carta): \_\_\_\_\_

---

---

Si este es una reclamación del "Workers Compensation" de automóvil o herida personal, escribe el número de reclamación del seguro y nombre/número del ajustador de reclamos nombre e información de contacto de tu abogado: \_\_\_\_\_

---

---

Por favor sea consciente de que si nosotros sometemos una cuenta para seguridad, toda la información proveído aquí, tanto como notas que guardamos con referencia a su tratamiento, será enviado a su proveedor de seguridad. Nuestro tiempo es nuestro recurso más importante. Por eso, hemos implementado el póliza de cancelación siguiente: Si cancelas tu cita con menos de 24 horas de noticia, debes pagar el precio completo de tratamiento o encontrar alguien para tomar tu cita. Firma abajo, reconociendo que la información arriba es cierto y correcto a lo mejor de tu saber, y que entiendes y estás de acuerdo con nuestra póliza de cancelación. Gracias por entender.

---

Firma

---

Fecha