



Maderoterapia

Wood Therapy · Consent, Waiver & Intake

CONSENTIMIENTO, RELEVO Y FORMULARIO DE CONSULTA

CLIENT INFORMATION · INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Name / Nombre

Date of Birth / Fecha de nacimiento

Phone / Teléfono

Email / Correo electrónico

Emergency Contact & Phone / Contacto de emergencia

CONSENT TO TREATMENT · CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO

I voluntarily agree to receive Wood Therapy (Maderoterapia). I understand this is a non-invasive body contouring technique using wooden tools to stimulate the lymphatic system, improve circulation, and assist with body shaping.

Acepto voluntariamente recibir Maderoterapia. Entiendo que es una técnica de modelado corporal no invasiva que utiliza herramientas de madera para estimular el sistema linfático, mejorar la circulación y ayudar con el contorno corporal.

Initials / Iniciales

MEDICAL EXCLUSION CLAUSE · CONDICIONES QUE EXCLUYEN EL TRATAMIENTO

✗ I am not pregnant or trying to become pregnant.

No estoy embarazada ni intentando quedar embarazada.

✗ No surgeries within the last 6 months.

No he tenido cirugías en los últimos 6 meses.

✗ No active cancer, heart conditions, or chronic diseases.

No tengo cáncer activo, enfermedades cardíacas o crónicas.

✗ No infections, open wounds, or severe skin conditions.

No tengo infecciones, heridas abiertas o afecciones cutáneas severas.

✗ No history of blood clots or thrombosis.

No tengo historial de coágulos sanguíneos o trombosis.

Signature / Firma

Signature / Firma

Signature / Firma

Signature / Firma

Signature / Firma

I have informed the therapist of all medications, health issues, and skin conditions.

He informado a la terapeuta sobre todos mis medicamentos, condiciones médicas y problemas en la piel.

Client Signature / Firma del cliente

Date / Fecha



Maderoterapia

Wood Therapy · Consent, Waiver & Intake

PRE-TREATMENT GUIDELINES · INSTRUCCIONES ANTES DEL TRATAMIENTO

- ✓ Drink 1–2 liters of water 24–48 hours before.
Beba 1–2 litros de agua 24–48 horas antes.
- ✗ Avoid alcohol, caffeine, and salty foods.
Evite alcohol, cafeína y alimentos salados.
- ✗ No lotions or oils on the treatment area the same day.
No aplique lociones ni aceites en el área a tratar ese mismo día.

POST-TREATMENT CARE · CUIDADO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

- ✓ Drink 2 liters of water daily for 3 days.
Beba 2 litros de agua diarios durante 3 días.
- ✗ No alcohol, caffeine, or greasy food for 24 hrs.
No consuma alcohol, cafeína ni comida grasosa por 24 horas.
- ✗ Avoid intense workouts, sauna, or sun for 48 hrs.
Evite ejercicio intenso, sauna o sol por 48 horas.
- ✓ Mild soreness or bruising is normal.
Es normal sentir leve dolor o moretones.

LIABILITY WAIVER · RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

I understand that Wood Therapy (Maderoterapia) is a non-medical, holistic body contouring technique. It is not intended to diagnose, treat, or cure any medical condition. I acknowledge that results vary from person to person and that no specific outcomes are guaranteed.

Entiendo que la Maderoterapia es una técnica holística y no médica de modelado corporal. No está destinada a diagnosticar, tratar ni curar ninguna condición médica. Reconozco que los resultados varían según la persona y que no se garantizan resultados específicos.

By signing this form:

Al firmar este formulario:

- I confirm that I have truthfully disclosed all relevant health conditions, medications, surgeries, and other information requested in the client intake form.
Confirmando que he proporcionado información verdadera y completa sobre mi historial médico, cirugías, medicamentos y cualquier otra información relevante solicitada en el formulario de admisión.
- I acknowledge that withholding medical information, lying about my condition, or failing to follow the treatment guidelines may lead to complications, adverse effects, or lack of results, for which the spa and its staff are not liable.
Reconozco que ocultar información médica, mentir sobre mi estado de salud o no seguir las recomendaciones del tratamiento puede causar complicaciones, efectos adversos o falta de resultados, por lo cual el spa y su personal no son responsables.
- Temporary redness, minor bruising, or soreness may occur and are normal side effects.
Puede presentarse enrojecimiento temporal, moretones leves o sensibilidad, los cuales son efectos secundarios normales.



Maderoterapia

Wood Therapy · Consent, Waiver & Intake

- I understand that it is my responsibility to follow recommended pre- and post-treatment care instructions and to hydrate well before and after each session.

Entiendo que es mi responsabilidad seguir las instrucciones de cuidado antes y después del tratamiento, y mantenerme bien hidratado(a) antes y después de cada sesión.

- I release the spa, its owners, employees, and contracted service providers from any liability for injury, adverse reaction, dissatisfaction, or loss that may occur in connection with my treatment except in cases of proven gross negligence or misconduct.

Libero al spa, sus propietarios, empleados y contratistas de cualquier responsabilidad por lesiones, reacciones adversas, insatisfacción o pérdidas relacionadas con el tratamiento, salvo en casos de negligencia grave comprobada.

- I understand that false, misleading, or incomplete information may result in the termination of services and forfeiture of any refunds or future appointments.

Entiendo que proporcionar información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la cancelación del servicio sin reembolso ni derecho a futuras citas.

- This waiver is binding and applies to all future Wood Therapy sessions unless revoked in writing.

Este relevo es válido para todas las sesiones futuras de Maderoterapia a menos que sea revocado por escrito.

Client's Name / Nombre completo

Date / Fecha

Client Signature / Firma del cliente

Date / Fecha

Therapist Signature / Firma de la terapeuta

Date / Fecha



Maderoterapia

Wood Therapy · Consent, Waiver & Intake

CLIENT INTAKE FORM · FORMULARIO DE CONSULTA DEL CLIENTE

Have you had Wood Therapy before?

☐ Yes / Sí

☐ No

¿Ha recibido Maderoterapia antes?

What is your main goal?

¿Cuál es su objetivo principal?

☐ Slimming / Reducción

☐ Cellulite reduction / Reducción de celulitis

☐ Lymphatic drainage / Drenaje linfático

☐ Muscle relaxation / Relajación muscular

Other / Otro

☐

HEALTH HISTORY · HISTORIAL DE SALUD

Please check if you currently have or have had

Marque si tiene o ha tenido

☐ Pregnancy / Embarazo

☐ Recent surgery / Cirugía reciente

☐ Heart condition / Condición cardíaca

☐ Cancer / Cáncer

☐ Blood pressure issues / Problemas de presión arterial

☐ Diabetes / Diabetes

☐ Blood clots / Coágulos

☐ Skin conditions / Problemas de piel

Allergies (list) / Alergias (indique)

☐

Other health conditions / Otras condiciones de salud

☐

MEDICATIONS · MEDICAMENTOS

Are you currently taking medications?

☐ Yes / Sí

☐ No

¿Toma medicamentos actualmente?

If yes, please list / Si es así, indique

Client Signature / Firma del cliente

Date / Fecha

Thank you for trusting Relax to care for your body & soul.

Gracias por confiar en Relax para cuidar de tu cuerpo y alma.