



## Ficha de Consulta | Consultation Form

Nome | Name

Data de Nascimento | Date of Birth

Morada | Adress

Telemóvel | Mobile \_\_\_\_\_ Profissão | Job

E-mail \_\_\_\_\_ Room  
Number \_\_\_\_\_

Apresenta algum problema de saúde? *Do you have any of these health problems?*

- |  |                          |                                     |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Alergias</b>   Alergies<br>A/B/C                                 | <input type="checkbox"/> | <b>Hepatite A/B/C</b>  Hepatitis    |
| <input type="checkbox"/> <b>Asma</b>   Astma   | <input type="checkbox"/> | <b>HIV/Sida</b>   AIDS              |
| <input type="checkbox"/> <b>Artrite</b> /artroses  Artritis/Artrosis<br>Hypo/Hyperthyroidism | <input type="checkbox"/> | <b>Hipo/Hipertiroidismo</b>         |
| <input type="checkbox"/> <b>Cancro</b>   Cancer  | <input type="checkbox"/> | <b>Osteoporose</b>  Osteoporosis    |
| <input type="checkbox"/> <b>Depressão</b>  Depression<br>Bloodpressure                       | <input type="checkbox"/> | <b>Pressão alta/baixa</b>  High/Low |
| <input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b><br>Constipation                                     | <input type="checkbox"/> | <b>Prisão de ventre</b>             |
| <input type="checkbox"/> <b>Esclerose Múltipla</b>  Multiple Sclerosis<br>Problems           | <input type="checkbox"/> | <b>Problemas musculares</b>  Muscle |
| <input type="checkbox"/> <b>Enxaquecas</b>  Migraines<br>Breathing Problems                  | <input type="checkbox"/> | <b>Problemas respiratórios</b>      |
| <input type="checkbox"/> <b>Eczema</b>   | <input type="checkbox"/> | <b>Psoríase</b>  Psoriasis          |
| <input type="checkbox"/> <b>Epilepsia</b>  Epilepsy  | <input type="checkbox"/> | <b>Varizes</b>  Varicose Veins      |

Está grávida? Não\_\_\_ Se sim, quantas semanas?  
Sim\_\_\_

Are you pregnant? No\_\_\_ If yes,how many weeks?

Pratica exercício físico regular? Não\_\_\_

Do you do exercise regularly? No\_\_\_ Yes\_\_\_

Toma medicação? Não\_\_\_ Se sim, qual?

Do you take any medication? No\_\_\_ If yes,wich one?

Fuma? Sim\_\_\_ Não\_\_\_

Do you Smoke? Yes\_\_\_ No\_\_\_

Declaro como sendo verdadeiras todas as informações acima descritas, sendo que, em caso de omissão de informação, não é da responsabilidade da terapeuta a ocorrência de efeitos secundários.

*I declare that all the information above is true and in case of omission of information the therapist is not responsible if some side effects happen.*

Eu concito com a política de proteção de dados. Ao selecionar esta opção, receberá as comunicações promocionais e institucionais através dos canais de comunicação do Jupiter Hotel Group, adaptadas ao ser perfil de interesse e às suas características.

*I agree to the Data Protection Policy. By selecting this option, you will receive Jupiter Group Hotels Communications, Promotions and Offers adapt to your profile and interests.*

O Jupiter Hotel Group compromete-se a autorizar exclusivamente os dados pessoais constantes na ficha de consulta para fins relacionados com os tratamentos a realizar pelo Soul Spa, não os utilizando para outros fins.



