



DATOS DEL PACIENTE – TRATAMIENTOS CORPORALES

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

TELÉFONO: _____

EDAD: _____ ESTATURA: _____

FECHA	Peso	Parte alta	Cintura	Cadera	Piernas	Brazos

FECHA	MASAJE	MANTA TÉRMICA	GIMNASIA PASIVA	VACUM TERAPIA	VENDAS FRÍAS	CAVI	R - F	DRENAJE LINFÁTICO	FIRMA PACIENTE
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

TRATAMIENTO	
PAGO TOTAL	
ABONO	
SALDO	