



Número de Expediente

Apellido / Día / Mes / Año

**FICHA CLINICA**

<b>Fecha:</b>		<b>Edad:</b>	
<b>Nombre:</b>			
	<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>	<b>Nombre(s)</b>
<b>Genero:</b>			
	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	
<b>Teléfono:</b>		<b>Profesión:</b>	
<b>Domicilio:</b>			
	<b>Calle/Avenida</b>	<b>Número</b>	<b>Colonia</b>
<b>Contacto de Emergencia:</b>			
<b>Teléfono de contacto:</b>			

Cuestionario de **Salud Personal** (es necesario llenar en su totalidad)

Marque con una **N** si no presenta alguno de los padecimientos que se describen o una **S** en caso de **presentarlos**

<b>Hipertensión</b>		<b>Hipotensión</b>			
<b>Diabetes</b>		<b>Enfermedad Cardiaca</b>			
<b>Cáncer</b>		<b>Marcapasos</b>			
<b>Trombosis</b>		<b>Embarazo</b>			
<b>VIH</b>		<b>Glaucoma</b>			
<b>Artritis</b>		<b>Asma</b>			
<b>Osteoporosis</b>		<b>Alteración Neurológica</b>			
<b>Epilepsia</b>		<b>Alergias</b>			
<b>¿Algunos otros padecimientos PERSONAL NO mencionado en la lista anterior? Escribir Cuales</b>					

Marque con una **N** o una **S** en caso de que **En tu familia (Padre, Madre, hermanos o abuelo)** ha habido casos de:

<b>Hipertensión</b>		<b>Hipotensión</b>			
<b>Diabetes</b>		<b>Enfermedad Cardiaca</b>			
<b>Cáncer</b>		<b>Marcapasos</b>			
<b>Trombosis</b>		<b>Glaucoma</b>			
<b>Artritis</b>		<b>Asma</b>			
<b>Osteoporosis</b>		<b>Alteración Neurológica</b>			
<b>Epilepsia</b>		<b>Alergias</b>			
<b>¿Algunos otros padecimientos PERSONAL NO mencionado en la lista anterior? Escribir Cuales</b>					



**BEAUTER**

<p><b>¿Presenta o tuvo un proceso infeccioso en los últimos 15 días?</b></p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Cirugías Recientes</b> (2 año atrás a partir de la fecha de hoy). <b>¿Cuáles?</b></p>
<p><b>Consume de Medicamentos o suplementos</b></p>	<p><b>¿Cuáles?</b></p>
<p><b>NOTAS DEL PACIENTE:</b></p>	
<p><b>NOTAS DEL TERAPEUTA:</b></p>	

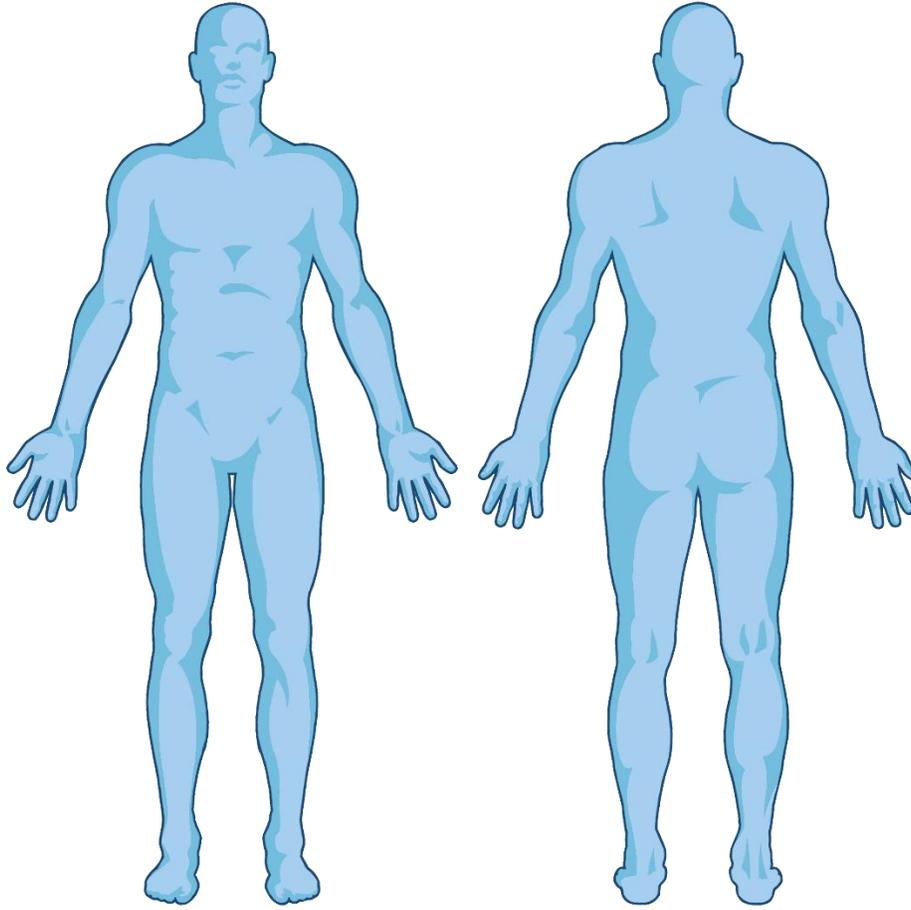
En caso de lesión ¿Cuándo comenzó la molestia?:

¿Qué zona requiere le sea atendida?:

Indica en la siguiente imagen las zonas a tratar o de molestia



**BEAUTER**





**BEAUTER**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

DE ACUERDO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA SSA3-004-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO MEDICO, PUBLICADO EL 29 DE JUNIO DE 2012, EN SU CAPITULO 10.1 ES PRESENTADO ESTE DOCUMENTO ESCRITO Y FIRMADO POR EL PACIENTE, PERSONA ROESPONSABLE O TUTOR, MEDIANTE EL CUAL ACEPTA, BAJO LA DEBIDA INFORMACIÓN DE LOS RIESGOS Y LOS BENEFICIOS ESPERADOS DEL TRATAMIENTO A REALIZAR, POR CONSIGUIENTE Y EN CALIDAD DE PACIENTE.

**DECLARO: YO (Nombre):**.....

- 1.- QUE CUENTO CON LA INFORMACIÓN SUFICIENTE SOBRE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS DE MI TRATAMIENTO Y QUE PUEDE CAMBIAR DE ACUERDO A LO INHERENTE DEL MISMO.
- 2.- ENTIENDO EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, LOS RIESGOS QUE IMPLICA (SI EXISTIERAN) Y LA POSIBILIDAD DE COMPLICACIONES ME HAN SIDO EXPLICADOS POR EL CLÍNICO TERAPEUTICO A CARGO Y COMPRENDO PERFECTAMENTE LA NATURALEZA Y CONSECUENCIAS DEL PROCEDIMIENTO.
- 3.- QUE NO SE ME HA GARANTIZADO, NI DADO SEGURIDAD ALGUNA ACERCA DE LOS RESULTADOS QUE SE PODRÍAN OBTENER, ASI MISMO QUE DE NO CUMPLIR CON LA FECHAS PROGRAMADAS PARA LOS TRATAMIENTOS LOS RESULTADOS Y TERMINOS SE VERAN AFECTADOS.
- 4.- QUE PUEDO REQUERIR DE TRATAMIENTOS Y APOYOS COMPLEMENTARIOS (MEDICOS ESPECIALIZADOS, NUTRIOLOGOS, ENTRENADORES FISICOS, ETC).
- 5.- SE ME HA INFORMADO QUE EL PERSONAL CUENTA CON LA EXPERIENCIA Y CON EL EQUIPO NECESARIO PARA MI TRATAMIENTO Y AUN ASÍ NO ME EXIME DE PRESENTAR COMPLICACIONES. DESLINDO AL CLINICO TERAPEUTICO A CARGO Y AL NUCLEO BENESSERE TANTO ECONOMICA COMO MEDICAMENTE DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD,
- 6.- DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE TOMEN FOTOGRAFIAS Y/O VIDEOS, AUTORIZO EL USO O LA DIVULGACIÓN DE TAL(ES) A FIN DE CONTRIBUIR CON LOS OBJETIVOS CIENTIFICOS, DE TRATAMIENTO, EDUCATIVOS, DE MERCADOTECNIA, DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN SIN FINES DE LUCRO SI ASÍ SE REQUIEREN Y RESPETANDO MI IDENTIDAD, INTEGRIDAD E INTIMIDAD, Y POR LA PRESENTE RENUNCIO A CUALQUIER DERECHO A CUALQUIER A RECIBIR COMPENSACIÓN POR TALES USOS EN VIRTUD DE LA AUTORIZACIÓN PRECEDENTE.
- 7.- QUE SOY RESPONSABLE DE COMUNICAR MI DECISIÓN Y LO ANTES MENCIONADO A MI FAMILIA.

EN VIRTUD DE LO ANTERIOR DOY MI CONSENTIMIENTO POR ESCRITO PARA QUE SE LLEVE A CABO LOS PROCEDIMIENTOS QUE CONSIDEREN NECESARIOS PARA REALIZAR LOS TRATAMIENTOS A LOS QUE HE DECIDIDO SOMETERME. ENTENDIENDO QUE SI OCURREN COMPLICACIONES DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS NO EXISTE CONDUCTA DOLOSA. EN CASO DE PAGO POR ADELANTADO Y DE SER NECESARIO EL CANCELAR UNA CITA Y NO HACERLO EN UN PERIODO PREVIO DE 24 HRS.A LA MISMA, ENTIENDO QUE LA SESION SE CONSIDERARA COMO TOMADA. ESTE CONSENTIMIENTO AVALA PARA TODO EL SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO ESTABLECIDO.

#### **Aviso de privacidad de Núcleo Benessere.**

I. Identidad y domicilio del responsable que recaba los datos. Núcleo Benessere, ubicado en Avenida Independencia # 4858, Santa María Del Pueblito Zapopan, Jalisco, Código Postal 45018.

II. Finalidades. Los datos personales que recabamos directamente de ti, de otras fuentes permitidas por la Ley o los que se generen de estas o de la relación que lleguemos a establecer, y que son necesarios para otorgarte servicios relativos al tratamiento o los tratamientos que se deriven o sean accesorias de ésta, los utilizamos para identificarte, evaluar tu solicitud de servicio, evaluar la calidad del servicio; y para fines secundarios al promocionarte nuestros productos o servicios o al realizar campañas publicitarias o con fines de mercadotecnia. Para estas finalidades, requerimos tus datos personales de identificación, laborales, académicos y tus datos personales sensibles de salud y características físicas.

III. Medios para ejercer tus derechos. Tienes derecho a acceder, rectificar, cancelar y oponerte al tratamiento de tus datos o puedes revocar el consentimiento que nos hayas otorgado solicitándolo en nuestro departamento de protección de datos enviando un correo a [xxxx@hotmail.com](mailto:xxxx@hotmail.com)

IV. Limitar el uso o divulgación de tus datos. Si deseas que tus datos no sean tratados con fines secundarios, al promocionarte productos o servicios solicitándolo en nuestro departamento de protección de datos enviando un correo a [factura.nb@hotmail.com](mailto:factura.nb@hotmail.com)

Este aviso se fundamenta en lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás legislación aplicable.



**BEAUTER**

Firma de Paciente o Tutor

Terapeuta Firma

Testigo Firma

Testigo Firma



**BEAUTER**

**REGISTRO DE TRATAMIENTO**

	<b>Fecha</b>	<b>PA</b>	<b>FC</b>	<b>Descripción</b>	<b>Firma del Paciente</b>
1°					
2°					
3°					
4°					
5°					
6°					
7°					
8°					
9°					
10°					