



HISTORIA CLÍNICA

Nombre: _____
Dirección _____ Tel casa _____
Tel celular: _____ Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____
E-mail: _____ Fecha de valoración: Día _____ Mes: _____ Año: _____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Cardiovasculares: Varices _____ Área _____ Flebitis _____ Área _____ Trombosis venosa profunda _____ Área: _____ hipertensión: _____ hipotensión: _____ Endocrinos: Hipotiroidismo: _____ hipertiroidismo: _____ Diabetes: Si _____ No: _____ cáncer: Si _____ No: _____ cual: _____ hace cuánto _____ otros: _____ Digestivos: _____ colon irritable: _____ estreñimiento: _____ otro: _____ Sufre de alguna enfermedad: _____

Antecedentes quirúrgicos:

Cirugía reciente: si: _____ No: _____ cual: _____ Hace cuánto: _____
Implantes metálicos: Si: _____ No: _____ Área: _____ otros: _____

Gineco- obstétricos:

Ciclos normales _____ Irregulares _____ último ciclo: _____
Ultimo embarazo: _____ cesaria: _____ Natural: _____ Hace cuánto: _____
método de planificar: _____

Análisis estético:

Talla: _____ Peso: _____ IMC: _____ ICC: _____ 160
Estructura ósea: Pequeña: _____ Mediana: _____ Grande: _____ Peso ideal: _____ TMB _____
Pefe (Celulitis): Si: _____ No: _____ flácida: _____ Dura: _____ Edematosa: _____ Mixta: _____ Área: _____
Estrías: Área: _____ hace cuánto: _____ color u Aspecto: _____
Otros: _____ Flacidez: Área _____
Cicatrices: Área _____ Tejido adiposo: Si: _____ No: _____ Área: _____
Alergia: _____

Hábitos:

Fuma: Si: _____ No: _____ consume licor: Si: _____ No: _____
Actividad física: Si _____ No: _____ Toma agua: Si: _____ No: _____
Prescripción de Medicamento: Si: _____ No: _____ cual: _____

Observaciones:



PERFIL DIETETICO:

Desayuno: _____

Almuerzo: _____

Cena: _____

Colaciones: _____

Toma medidas:

Área	Fecha 1 Toma	Fecha 2 toma	Fecha 3 toma	Observaciones
Abdomen alto				
Abdomen medio				
Abdomen bajo				
Cadera				
Glúteo izquierdo				
Glúteo derecho				
Seno derecho				
Seno izquierdo				
Muslo izquierdo				
Muslo derecho				
Otros				
Otros				

Análisis y recomendaciones:

CONTROL DE CITAS

#	FECHA SESIONES	PRODUCTO	EQUIPOS	TERAPEUTA	FIRMA CLIENTE
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

CONSENTIMIENTO INFORMADO

No

Nombre: _____ Edad: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
C.C. _____ Fecha: _____

Yo _____ autorizo a Luvania y los asistentes de su elección para realizar en mi el siguiente tratamiento

TRATAMIENTO CORPORAL INTEGRAL: Es diseñado para moldeamiento, tonificación, reducción de peso, medidas y resolución de la lipodistrofia; que estos procedimientos incluyen técnicas no invasivas tales como: ultrasonido, lipólisis, masaje manual, gimnasia pasiva, maderoterapia, drenaje linfático, diatermia y Onda pulsada.

La esteticista me ha explicado la naturaleza y el propósito del procedimiento que se va a realizar; también me ha informado que algunos de estos procedimientos pueden llegar a generarme riesgos como: hematomas, edemas, dolor, eritemas, manchas púrpuras, ampollas o inflamación, quemaduras, hipo-pigmentación, hiper-pigmentación, incluso las complicaciones tales como la dermatitis y la infección son transitorias y pueden ser manejables. Asumo la(s) posible(s) alternativa(s) y tratamiento(s) propuesto(s), se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.

TRATAMIENTO FACIAL INTEGRAL: Diseñado para la limpieza facial, exfoliación, mascarillas manejo de acné, hidratación, tonificación, estos procedimientos incluyen técnicas no invasivas tales como: masaje manual, gimnasia pasiva, alta frecuencia, ultrasonido, drenaje linfático, diatermia, vapor ozono

La esteticista me ha explicado la naturaleza y el propósito del procedimiento que se va a realizar; también me ha informado que algunos de estos procedimientos pueden llegar a generarme riesgos como: hematomas, edemas, dolor, eritemas, manchas púrpuras, ampollas o inflamación, hipo-pigmentación, hiper-pigmentación, incluso las complicaciones tales como la dermatitis y la infección son transitorias y pueden ser manejables. Asumo la(s) posible(s) alternativa(s) y tratamiento(s) propuesto(s), se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.

NOTA: ESTE PROCEDIMIENTO EXCLUYE TODO MENOR DE EDAD.

1. Estoy consciente que los resultados obtenidos mediante este(os) tratamiento(s) pueden variar de persona a persona y de esta forma acepto los resultados obtenidos.
2. Estoy totalmente consciente que mi problema es únicamente estético y que la decisión de llevar a cabo el tratamiento(s) depende de mí libre voluntad.
3. ~~Estoy consciente que el tratamiento que tome tiene una vigencia despues de iniciado el mismo. La vigencia es de 3 meses, despues de dejar de asistir al centro Luvania se dara como abandonado el tratamiento y queda sin efecto cualquier garantia o agendamiento de citas no usadas y pagadas sin posibilidad de devolucion de dinero.~~
4. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libertad de decisión. Por la cual doy mi consentimiento para continuar con el (los) tratamiento(s) propuesto(s).

Yo _____ Identificado(a) con la cedula de ciudadanía N° _____ (O actuando en nombre y representación de _____ tratándose de menor(es) de edad), certifico que ha sido amplia y claramente informado(a) acerca del tipo de procedimiento(s) o tratamiento(s) que se solicitado me practiquen en LUVANIA _____ que conozco los riesgos esperados asociados al mismo y que los acepto y de la misma manera, me comprometo a seguir las recomendaciones que efectúen los profesionales y técnicos de la clínica para el éxito de dicho(s) tratamiento(s) y procedimiento(s).

ACEPTO
EL PACIENTE
C.C.

TESTIGO
C.C.

ESTETICISTA
C.C.

Habeas Data

La autorización suministrada en el presente formulario faculta a LUVANIA para que recopile, almacene, use y suprima los datos personales aquí suministrados, especialmente, aquellos que son definidos como Datos Sensibles (*).

LUVANIA para cumplir con su objetivo de prestar un servicio estetico de alta calidad, dar a conocer su oferta de productos y servicios y ajustarse a las normas del derecho de Habeas Data, requiere realizar el "Tratamiento de Datos" antes señalado, de forma tal que la finalidad y uso que LUVANIA llevará a cabo de la información suministrada, será netamente administrativo y publicitario. Bajo ninguna circunstancia se realizará Tratamiento de Datos personales con fines de comercialización o circulación. En todo caso aplicarán las excepciones de ley. En virtud del artículo 8 de la ley 1581 de 2013, el titular de la información personal que es recopilada en este formulario, tiene los siguientes derechos:

- * Conocer, actualizar, rectificar y suprimir los datos suministrados;
- * Conocer los usos que se han hecho de la información suministrada, cuando así lo solicite el titular;
- * Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato suministrado cuando en el Tratamiento realizado no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales a favor del titular.
- * Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento.

El titular de la información suministrada, podrá ejercer cualquiera de los derechos mencionados, dirigiendo una petición en este sentido a la dirección electrónica; webmaster@luvania.com Recibida la solicitud en los términos dispuestos por LUVANIA, se le dará trámite al requerimiento según lo establecido por la ley.

(*) Datos Sensibles: Aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación.

ACEPTO
EL PACIENTE
C.C.