

MANUAL DE IDENTIDAD CORPORATIVA

Índice

Objetivos	3
IDENTIDAD DE MARCA	4
Colores corporativos	5
Fuentes corporativas	6
Versión de color con eslogan	7
Versión de color sin eslogan	8
Área restringida	9
Reducción mínima	10
Adaptabilidad	11
Usos permitidos	12
Usos no permitidos	15
APLICACIÓN EN PAPELERÍA	17
Tarjeta de presentación	18
Hoja membretada	19
Sobre grande	20
Folder	21
Firma digital	23
Recetario	24
Consentimiento informado para Fisiátrico	25
Consentimiento informado para BPE	26

MERCHANDISING	27
Cuaderno	28
Lapicero	30
Gorro	31
Fachada	32
Mascarilla	33
Mandil blanco	34
Scrub	35
Saco blanco	36
Taza	37

Objetivos

El objetivo del manual es fijar los lineamientos de la marca **Bienestar**, definiendo forma y estilos de los elementos del sistema de identificación visual (marca, usos, restricciones) y reunirlos en un documento de fácil acceso e interpretación con el fin de que todas aquellas personas que tengan la responsabilidad de manejar y comunicar la marca a sus diversas audiencias, tengan una referencia común alineada con los objetivos de esta.

Se indican los colores, tamaños y tipografías corporativas de la marca, donde no se aceptan distintas versiones de las establecidas en el manual.

IDENTIDAD DE MARCA

Colores corporativos



C: 72% M: 6% Y: 22% K: 0%

R: 0 G: 166 B: 182

00a6b6

PANTONE 7710 C



C: 77% M: 65% Y: 65% K: 44%

R: 51 G: 51 B: 51

333333

PANTONE 412 C

Fuente corporativa

Primaria

Myriad Variable Concept

Regular

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ
abcdefghijklmnopqrstuvwxyz

Bold

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ
abcdefghijklmnopqrstuvwxyz

La tipografía Myriad Variable Concept - Bold se utilizará para títulos y subtítulos.
Myriad Variable Concept - Regular para párrafos.

Para el nombre de la marca y el eslogan se utilizará Myriad Variable Concept - Regular.

Versiones de color con eslogan

Versión color

Sin contenedor



Con contenedor



Versión monocromático



Versiones de color sin eslogan

Versión color

Sin contenedor



Con contenedor



Versión monocromático



Área restringida

Ningún elemento debe invadir esta área virtual para garantizar la correcta visualización del logo, tomando la letra "B" como referencia de la distancia.



Reducción mínima

El logo no debe ser reproducido en una dimensión inferior a 6.00 cm de ancho para garantizar su legibilidad.



Adaptabilidad

Horizontal y vertical



Isotipo



Usos permitidos

Con eslogan

1. El logo en versión color debe ser utilizado en fondo blanco.
2. El logo en versión color con contenedor puede ser utilizado en cualquier color de fondo en la publicidad.
3. El logo en versión monocromático sobre fondo blanco puede ser utilizado como marca de agua bajando la opacidad a un 25%.
4. El logo en versión monocromático invertido debe ser utilizado en fondo negro.



Usos permitidos

Sin eslogan

1. El logo en versión color debe ser utilizado en fondo blanco.
2. El logo en versión color con contenedor puede ser utilizado en cualquier color de fondo en la publicidad.
3. El logo en versión monocromático sobre fondo blanco puede ser utilizado como marca de agua bajando la opacidad a un 25%.
4. El logo en versión monocromático invertido debe ser utilizado en fondo negro.



1.



2.



3.



4.



Usos no permitidos

1. No debe modificarse el logotipo a un color ajeno al corporativo.
2. Al logo monocromático no se le debe poner ningún tipo de sombra.
3. No debe alterarse la posición de los elementos del logo.
4. No se debe alterar el color del contenedor donde descansa el logo.
5. No debe ir el logo de color en un fondo ajeno al blanco o sin contenedor.



5.



APLICACIÓN EN PAPELERÍA

Tarjeta de presentación

Fuente utilizada: **Myriad Variable Concept - Bold** / Myriad Variable Concept - Regular

Tira



Retira

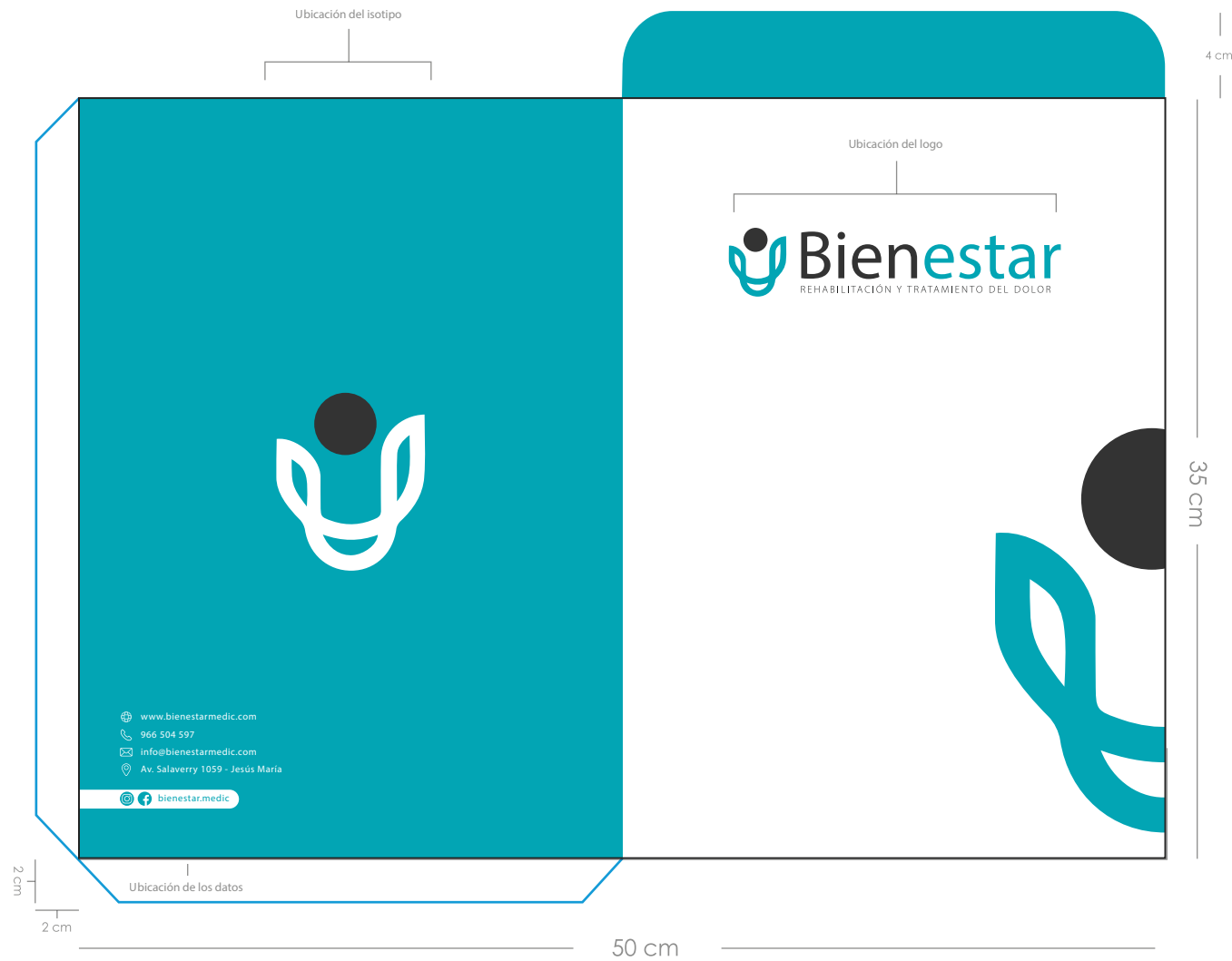


Hoja membretada

Fuente utilizada: **Myriad Variable Concept - Bold** / Myriad Variable Concept - Regular



Sobre grande



Folder

Tira

46 cm

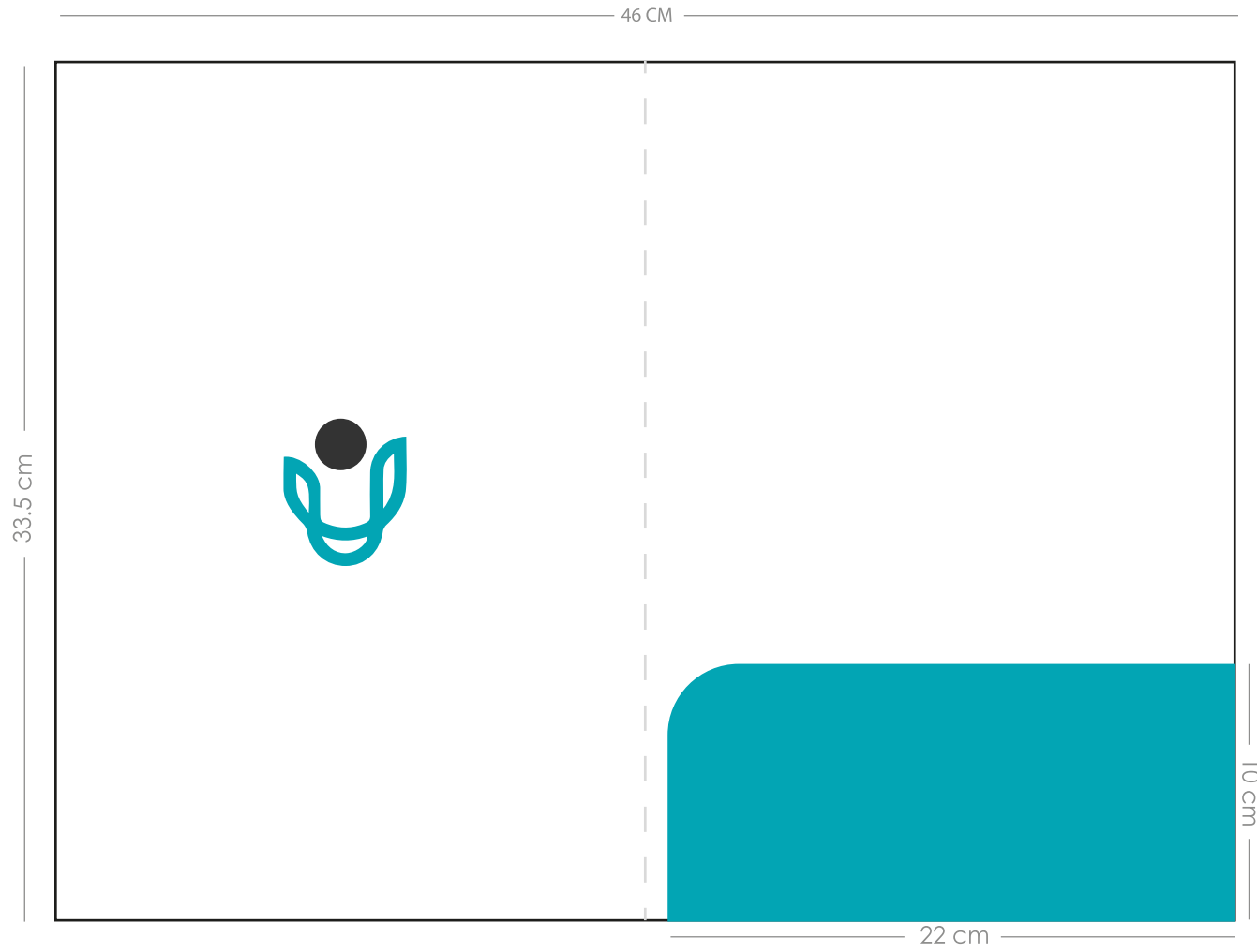


33.5 cm

 www.bienestarmedic.com
 966 504 597
 info@bienestarmedic.com
 Av. Salaverry 1059 - Jesús María

  [bienestar.medic](https://www.facebook.com/bienestar.medic)

Retira



Firma digital



The image shows a business card for Dra. Viviana Crispín Horna. The card is divided into two main sections: a teal-colored left section and a white right section. On the teal section, there is a logo for 'Bienestar' which consists of a stylized white figure with arms raised, followed by the word 'Bienestar' in a bold, white sans-serif font, and the tagline 'REHABILITACION Y TRATAMIENTO DEL DOLOR' in a smaller, white, all-caps font below it. The white section contains the following information: the name 'Dra. Viviana Crispín Horna' in a teal font, followed by 'Medicina Física y Rehabilitación' in a black font, and 'CMP 65569 - RNE 42559' in a smaller teal font. Below this, there are four contact items, each with a small teal icon: a globe for the website 'www.bienestarmedic.com', a telephone for the number '959 427 204', an envelope for the email 'vcrispin@bienestarmedic.com', and a location pin for the address 'Av. Salaverry 1059 - Jesús María'. At the bottom of the white section, there is a teal pill-shaped button containing the Instagram and Facebook icons followed by the text 'bienestar.medic'. On the right edge of the white section, there is a faint, light blue graphic of a stylized leaf or human figure.

Bienestar
REHABILITACION Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

Dra. Viviana Crispín Horna
Medicina Física y Rehabilitación
CMP 65569 - RNE 42559

www.bienestarmedic.com
959 427 204
vcrispin@bienestarmedic.com
Av. Salaverry 1059 - Jesús María


bienestar.medic

Recetario

 Bienestar <small>REHABILITACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR</small>	 Bienestar <small>REHABILITACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR</small>
Nombre del paciente:	Indicaciones
Rp/.	
	
Fecha:	Próxima cita:
 www.bienestarmedic.com  966 504 597  info@bienestarmedic.com  Av. Salaverry 1059 - Jesús María	 www.bienestarmedic.com  966 504 597  info@bienestarmedic.com  Av. Salaverry 1059 - Jesús María
  bienestar.medic   bienestar.medic	
	

Consentimiento informado

para procedimiento Fisiátrico

 **Bienestar**
REHABILITACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO FISIÁTRICO

FECHA: _____

Yo, _____ identificado con DNI: _____
Yo, _____ familiar ()
representante legal, identificado con DNI: _____

DECLARO:
Haber recibido información sobre mi diagnóstico y los posibles métodos de tratamiento.
Se me ha explicado la necesidad, beneficios, riesgos, otras alternativas y complicaciones de la realización del tratamiento: _____ el cual consiste en _____.
Se me ha informado sobre el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo en forma clara y en términos sencillos.

Riesgos: infección en el sitio de aplicación, reacciones alérgicas que ocasionalmente pueden ser severas ,hematomas ,muy raramente pérdida de conocimiento (síncope vaso-vagal).

He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas en la entrevista personal con mi médico
Tratante: _____ CMP: _____

Por lo tanto firmo en forma libre y voluntaria




FIRMA DEL PACIENTE
DNI: _____



HUELLA DIGITAL


FIRMA DEL FAMILIAR
DNI: _____

HUELLA DIGITAL

MEDICO: _____
CMP: _____ RNE: _____
FIRMA Y SELLO

 www.bienestarmedic.com  966 504 597
 info@bienestarmedic.com  Av. Salaverry 1059 - Jesús María

  [bienestar.medic](https://www.facebook.com/bienestar.medic)





 **Bienestar**
REHABILITACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR



DENEGACIÓN O REVOCATORIA

Yo: _____ Con historia clínica N° _____
DNI: _____ Yo: _____
DNI: _____ como familiar responsable (parentesco) _____

Después de conocer los riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (táchese lo que proceda) para su realización haciéndome responsable de las consecuencias que puedan resultar de esta decisión.


TESTIGO	PACIENTE	MEDICO
DNI	DNI	DNI

 www.bienestarmedic.com  966 504 597
 info@bienestarmedic.com  Av. Salaverry 1059 - Jesús María

  [bienestar.medic](https://www.facebook.com/bienestar.medic)

Consentimiento informado

para Bloqueo Paraespinal

 **Bienestar**
REHABILITACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO FISIÁTRICO
(Bloqueo Paraespinal)

FECHA: _____

Yo, _____ identificado con DNI: _____

Yo, _____ familiar (_____)
representante legal, identificado con DNI: _____

DECLARO:

Haber recibido información sobre mi diagnóstico y los posibles métodos de tratamiento.

Se me ha explicado la necesidad, beneficios, riesgos, otras alternativas y complicaciones de la realización del tratamiento de infiltración: Bloqueo para espinal con lidocaína, el cual Consiste en la inyección de un anestésico local (Lidocaína al % al 2 %) diluida en cloruro de sodio al 0.9 % en la región paralela de la espina (columna vertebral) correspondiente a la zona de dolor: Cervical () Dorsal () Lumbar () Lumbosacro () necesario para tratar mi cuadro de dolor.


Se me ha informado sobre el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo en forma clara y en términos sencillos. Asimismo que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales mi riesgo a los efectos anestésicos incrementara.


Riesgos: infección en el sitio de aplicación, reacciones alérgicas que ocasionalmente pueden ser severas ,hematomas ,muy raramente pérdida de conocimiento (síncope vaso-vagal).


También se me informo que durante el procedimiento según evolución podría haber la necesidad de aplicarme otros procedimientos como: desgatillamiento muscular, aguja seca, técnicas de estiramiento y/o manipulación.


He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas en la entrevista personal con mi médico
Tratante: _____ CMP: _____

Por lo tanto firmo en forma libre y voluntaria



 FIRMA DEL PACIENTE
 DNI: _____



 HUELLA DIGITAL



 FIRMA DEL FAMILIAR
 DNI: _____



 HUELLA DIGITAL


MEDICO: _____
 CMP: _____ RNE: _____
 FIRMA Y SELLO


 bienestar.medic

 www.bienestarmedic.com

 966 504 597

 Av. Salaverry 1059 - Jesús María

 info@bienestarmedic.com

 **Bienestar**
REHABILITACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

DENEGACIÓN O REVOCATORIA


Yo: _____ Con historia clínica N° _____


DNI: _____ Yo: _____


DNI: _____ como familiar responsable (parentesco) _____


Después de conocer los riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (táchese lo que proceda) para su realización haciéndome responsable de las consecuencias que puedan resultar de esta decisión.


TESTIGO	PACIENTE	MEDICO
DNI	DNI	DNI

 bienestar.medic

 www.bienestarmedic.com

 966 504 597

 Av. Salaverry 1059 - Jesús María

 info@bienestarmedic.com

MERCHANDISING

Cuaderno

Tira



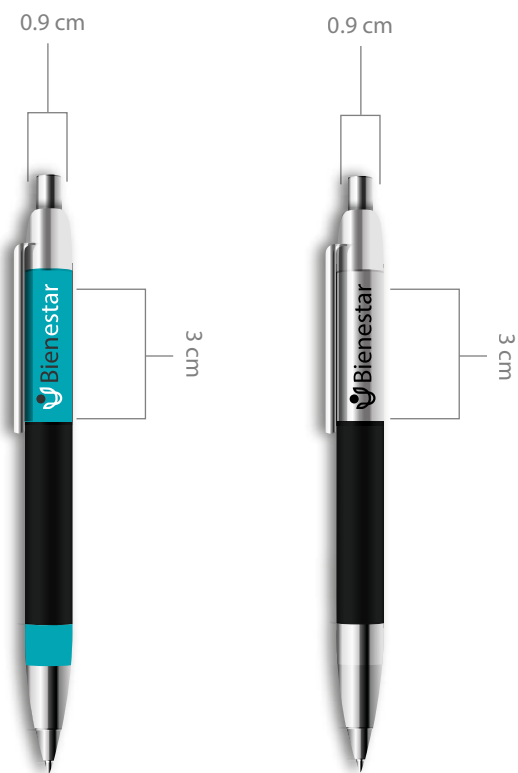
Retira

21 cm

14.8 cm



Lapicero



Gorro



Fachada



Mascarilla



Mandil blanco



Scrub



Saco blanco



Taza





Bienestar

REHABILITACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR