

CONSENTIMIENTO GENERAL DEL PROGRAMA DE WELLNESS – PHI CLINIC

Información del Paciente

Nombre: _____

Fecha de nacimiento:

Fecha: _____

Phone #:

Propósito del Programa de Wellness

Entiendo que el Programa de Wellness de PHI Clinic está diseñado para apoyar la salud y el bienestar general y puede incluir, entre otros:

- Manejo de peso
- Asesoría nutricional
- Terapias inyectables como medicamentos GLP-1 (por ejemplo, semaglutida, tirzepatida), Vitamina B12 y NAD+
- Recomendaciones de estilo de vida y salud preventiva

Entiendo que estos servicios no sustituyen la atención médica primaria ni la atención por especialistas.

Evaluación Médica

Reconozco que, antes de participar, puede realizarse una evaluación médica que incluya revisión de historial médico, medicamentos, alergias, signos vitales y estudios de laboratorio cuando esté indicado. Entiendo que mi participación depende del criterio clínico y la elegibilidad médica.

Posibles Beneficios

Los posibles beneficios pueden incluir mejoría en la salud metabólica, niveles de energía, composición corporal y bienestar general. Entiendo que los resultados varían entre personas y que no se garantizan resultados específicos.

Riesgos y Efectos Secundarios

Entiendo que los tratamientos de wellness y las terapias inyectables pueden conllevar riesgos, incluyendo, entre otros:

- Dolor, enrojecimiento, moretones o inflamación en el sitio de la inyección
- Síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento)
- Dolor de cabeza, mareos, fatiga
- Reacciones alérgicas o adversas, que aunque raras, pueden ser graves

Entiendo que no todos los riesgos pueden preverse y que pueden presentarse efectos secundarios inesperados.

Responsabilidades del Paciente

Acepto:

- Proporcionar información médica completa y veraz
- Seguir las indicaciones del tratamiento y las dosis recomendadas
- Informar de inmediato cualquier efecto secundario o síntoma preocupante
- Notificar al proveedor cualquier cambio en mi condición médica o medicamentos

No Garantía de Resultados

Entiendo que PHI Clinic no garantiza resultados ni beneficios específicos del programa.

Participación Voluntaria

Entiendo que mi participación en el Programa de Wellness es voluntaria y que puedo suspenderla en cualquier momento.

Consentimiento

He leído y comprendido la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Otorgo mi consentimiento voluntario para participar en el Programa de Wellness de PHI Clinic.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Proveedor: _____

Fecha: _____