

CONSENTIMIENTO AUTOADMINISTRACIÓN DE INYECTABLE EN EL HOGAR

Phi Clinic – Programa de Manejo de Peso y Bienestar

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Telefono:

Medicamento(s):

Proveedor:

Fecha:

Propósito del Tratamiento

Entiendo que se me ha recetado uno o más medicamentos inyectables como parte de mi plan de tratamiento. He decidido administrarme estos medicamentos en mi hogar en lugar de recibirlos en la clínica.

Entrenamiento e Instrucciones

Reconozco que:

- He recibido instrucciones verbales y/o escritas sobre el almacenamiento, preparación, dosis, técnica de inyección y eliminación adecuada de objetos punzantes.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me siento capaz de realizar las inyecciones correctamente.
- Entiendo que no seguir las instrucciones puede disminuir la eficacia del tratamiento o causar efectos adversos.

Riesgos y Posibles Complicaciones

- Entiendo que la autoadministración de medicamentos inyectables puede conllevar riesgos, que incluyen, entre otros:
- Reacciones en el sitio de inyección (dolor, enrojecimiento, inflamación, hematomas)
- Infección o técnica de inyección incorrecta
- Errores en la dosis o en el horario de administración
- Efectos secundarios propios del medicamento
- Reacciones adversas graves, aunque poco frecuentes

Responsabilidades del Paciente

Acepto:

- Administrar el medicamento exactamente como fue indicado

- No modificar la dosis sin autorización médica
- Almacenar el medicamento de manera adecuada
- Desechar agujas y jeringas de forma segura
- Notificar a Phi Clinic de inmediato cualquier reacción adversa, error o inquietud
- Cumplir con las visitas de seguimiento y exámenes de laboratorio recomendados

Situaciones de Emergencia

Entiendo que, ante síntomas graves (por ejemplo, reacción alérgica, vómitos severos, dificultad para respirar, dolor en el pecho), debo buscar atención médica de emergencia y notificar a Phi Clinic lo antes posible.

Sin Garantía

Entiendo que los resultados no están garantizados y pueden variar según la respuesta individual, el cumplimiento del tratamiento y condiciones médicas personales.

Consentimiento

Certifico que he leído y comprendido este consentimiento. Todas mis preguntas han sido respondidas. Acepto voluntariamente auto-administrar el medicamento inyectable prescrito en mi hogar.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Proveedor: _____

Fecha: _____