



Inyección de tirzepatide

FORMULARIO DE CONSULTA.

DATOS DEL CLIENTE:

Nombre: _____ Fecha: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario
DIRECCIÓN: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
Teléfono: _____ Email: _____
Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____
¿Cómo nos descubrió? _____

EXPEDIENTE MÉDICO

Por favor seleccione cualquiera de las siguientes condiciones que pueda tener en la actualidad.

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Trastorno suprarrenal | ☐ Asma Úlcera gástrica/duodenal | ☐ Antecedentes de cáncer Colesterol |
| ☐ Diabetes/retinopatía | ☐ Trastorno neurológico | ☐ elevado Flebitis Cálculos biliares |
| ☐ Trastorno/enfermedad renal | ☐ Enfermedad autoinmune | ☐ VIH/SIDA o hepatitis |
| ☐ Angioedema Antecedentes de | ☐ Enfermedad cardíaca | ☐ Insuficiencia renal Trombosis |
| ☐ trastorno alimentario Trastorno | ☐ Pancreatitis Trastorno de | ☐ venosa profunda Enfermedad |
| ☐ hepático Anemia/trastorno | ☐ coagulación sanguínea | ☐ inflamatoria intestinal Abuso de |
| ☐ sanguíneo Epilepsia/convulsiones | ☐ Hipertensión Trastorno de la | ☐ drogas Enfermedad tiroidea |
| ☐ Problemas de salud mental | ☐ paratiroides Endocarditis | |
| ☐ Depresión/ideación suicida | ☐ infecciosa | |

¿En la actualidad, padece alguna afección médica? ☐ No ☐ Sí _____

¿Posee alguna alergia conocida? ☐ No ☐ Sí _____

Enumere los fármacos/suplementos que consume habitualmente: _____

¿Ha recibido usted o algún familiar un diagnóstico de alguno de los siguientes?

- | | |
|---|--|
| ☐ Síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (MEN2) | ☐ Carcinoma de tiroides de células C. |
|---|--|

FORMULARIO DE CONSULTA SOBRE LA INYECCIÓN DE TIRZEPATIDE



¿Tiene alguna alergia a alguno de los siguientes?

☐ Agonistas del receptor GLP-1

☐ Fosfato sódico

☐ Adhesivos/látex

☐ Bencilo.

☐ L-Carnitina

¿Otra alergia conocida??

¿Está actualmente en tratamiento con anticoagulantes (como aspirina/warfarina), bexaroteno, gatifloxacina o algún fármaco para la diabetes (como insulina o sulfonilureas)?

☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, por favor explíquelo.

¿Se ha sometido a cirugía en el último año? ☐ No ☐ Sí

BUENAS PRÁCTICAS

¿Fuma usted? ☐ No ☐ Sí; por favor indique la cantidad diaria o semanal.

¿Consumes alcohol con frecuencia? ☐ No ☐ Sí; Por favor, especifica.

¿Cuál es tu nivel de actividad? ☐ Sedentario ☐ Moderadamente activa ☐ Moderadamente dinámica ☐ Muy dinámico

¿Qué métodos o intervenciones has empleado previamente para reducir peso?

☐ Dieta ☐ Ejercicio ☐ Receta médica ☐ Terapia ☐ Suplementos herbales

¿Cuáles son las motivaciones y preocupaciones principales que tiene para querer perder peso con Tirzepatide?

¿Cuáles son las áreas de interés?

☐ Alcohol Calorías

☐ Energía baja Afección

☐ Estilo de vida sedentario

☐ Perimenopausia Cambios

☐ Familiares

☐ médica Embarazo

☐ Interrupciones del sueño

☐ hormonales Otros

☐ Estrés/estilo de vida ocupado

HISTORIA MÉDICA FEMENINA - EXCLUSIVAMENTE MUJERES

¿Estás embarazada o intentando concebir? ☐ No ☐ Sí

¿Estás utilizando algún anticonceptivo?

Certifico que toda la información proporcionada en este formulario es precisa y completa a mi leal saber y entender. Soy consciente de que retener información o proporcionar detalles falsos puede provocar reacciones adversas o complicaciones.

Nombre del cliente registrado

Firma del cliente.

Fecha



Inyección de tirzepatide

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE.

Otorgo mi consentimiento para recibir inyecciones de tirzepatida según lo indicado por mi proveedor de atención médica. La tirzepatida es un agonista del receptor GLP-1 y del receptor del polipéptido insulínico (GIP) dependiente de la glucosa, utilizado para el manejo de la diabetes, con aplicación no aprobada para el control a largo plazo del peso. He sido instruido sobre la forma de administración y la dosis adecuada. No utilizaré este fármaco si tengo historial de:

- Ella está embarazada o está considerando quedar embarazada durante el tratamiento con este medicamento.
- Usted o su familia tienen historial de carcinoma medular de tiroides (cáncer de tiroides) o síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (MEN2).
- Presenta historial médico vinculado a pancreatitis, insuficiencia renal, enfermedad renal, insuficiencia hepática o trastornos gastrointestinales.
- Es alérgico a la semaglutida u otros medicamentos clasificados como agonistas del GLP-1 (como Adlyxin®, Byetta®, Bydureon®, Ozempic®, Rybelsus®, Trulicity®, Victoza®, Wegovy®), o si tiene alergias no reveladas.
- Padece diabetes, retinopatía o consume fármacos para disminuir la glucosa en la sangre sin la debida consulta con su endocrinólogo.

Efectos secundarios habituales: náuseas, diarrea, pérdida de apetito, vómitos, estreñimiento, malestar abdominal e indigestión.

Efectos secundarios graves: contacte de inmediato a su médico si experimenta lo siguiente:

- Dolor abdominal intenso o cambios.
- Cambios en la visión y los ojos, incluida la visión borrosa.
- Síntomas de hipoglucemia: mareos, dolor de cabeza, aumento del hambre, aumento del ritmo cardíaco, sudoración, ansiedad, irritabilidad y confusión.
- Problemas renales, como la reducción de la producción de orina, la hinchazón en los tobillos o pies, la disnea y el incremento de la fatiga.
- Malestar o modificaciones en la vesícula biliar, que pueden manifestarse a través de síntomas como heces calcáreas, dolor en la parte superior del abdomen, náuseas, vómitos, hinchazón y acidez estomacal.
- Manifestaciones de un tumor tiroideo, incluyendo una protuberancia o inflamación en el cuello, problemas al tragar, ronquera o dificultad respiratoria. Contacte a su médico de forma inmediata.

Suspenda el fármaco y busque atención médica de inmediato si experimenta lo siguiente:

- Pancreatitis, con dolor intenso en la parte superior del abdomen que se irradia a la espalda, que puede acompañarse de vómitos.
- Reacción alérgica severa con erupción cutánea, comezón, hinchazón facial, lingual o de garganta y dificultad respiratoria.

Al suscribir a continuación, usted acepta lo siguiente:

He completado este formulario con honestidad y de acuerdo con mi leal saber y entender. Acepto eximir de toda responsabilidad a mi técnico y al empleador por cualquier lesión o daño sufrido debido a cualquier falsificación de mi historial médico.

Nombre del cliente registrado

Firma del cliente.

Fecha



Inyección de tirzepatide

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE.

Posibles interacciones medicamentosas: los agentes antidiabéticos, como la insulina y las sulfonilureas, pueden aumentar el riesgo de hipoglucemia. El gatifloxacino también incrementa este riesgo. Es importante informar a su proveedor de cualquier medicamento que pueda reducir los niveles de azúcar en sangre. Evite combinarlos con otros medicamentos agonistas de GLP-1, como Adlyxin®, Byetta®, Bydureon®, Ozempic®, Rybelsus®, Trulicity®, Victoza®, Wegovy®. El bexaroteno aumenta el riesgo de pancreatitis y no debe ser tomado junto con tirzepatida.

Advertencia: La tirzepatida puede causar efectos secundarios graves, como pancreatitis, hipoglucemia, problemas renales, dolor abdominal intenso, cambios en la visión, problemas de la vesícula biliar y reacciones alérgicas.

Si está tomando pastillas anticonceptivas, es posible que su eficacia se vea reducida al mismo tiempo que consume tirzepatida. Es recomendable discutir este tema con su profesional de la salud para considerar las alternativas más apropiadas.

Reconozco que la tirzepatida es parte de un enfoque integral de estilo de vida que incluye una dieta saludable y ejercicio, y que son necesarias visitas de seguimiento periódicas para ajustar las dosis.

Al suscribir a continuación, usted acepta lo siguiente:

He completado este formulario con honestidad y de acuerdo con mi leal saber y entender. Acepto eximir de toda responsabilidad a mi técnico y al empleador por cualquier lesión o daño sufrido debido a cualquier falsificación de mi historial médico.

Nombre del cliente registrado

Firma del cliente.

Fecha



Inyección de tirzepatide

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Con el fin de asegurar la provisión de atención de alta calidad en un tiempo razonable, se ha establecido una política de citas y cancelaciones.

Dado que las citas son muy solicitadas, cancelar con antelación nos permite asignar el horario a otros clientes que necesiten atención inmediata. Esta normativa contribuye a mejorar la disponibilidad de citas para todos nuestros clientes.

Durante la reserva de la cita, se le solicitará realizar un depósito de \$25.00, que se utilizará como crédito para sus tratamientos programados.

Comprendemos que pueden surgir situaciones que requieran que cancele o re programe su cita. Para evitar problemas, le pedimos que nos avise con al menos 24 horas de anticipación. En estos casos, su depósito será reembolsado o se aplicará a una cita posterior. No obstante, si avisa con menos de 24 horas de antelación, se aplicará una tarifa de cancelación de \$25.00.

Por favor, tenga en cuenta que si llega más de 15 minutos tarde a su cita, se considerará que no se presentó y se aplicará el cargo de cancelación.

Estamos disponibles para responder cualquier pregunta o duda que pueda surgir en relación con nuestra política de cancelación.

He leído y comprendo plenamente la Política de cancelación de citas anterior y acepto someterme a sus términos. Acepto abonar la tarifa de cancelación si pierdo una cita.

Nombre del cliente registrado

Firma del cliente.

Fecha

Para establecer contacto, emplee nuestro correo electrónico indicado a continuación, evite dejar mensaje en la grabadora, pues en el volumen de las llamadas, no será escuchado.



Inyección de tirzepatide

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍA Y VÍDEO.

Por la presente, yo, _____, concedo y autorizo a Lysette Iglesias MD. Se otorga el derecho de capturar, modificar, editar, reproducir, exhibir, publicar, distribuir y utilizar cualquier fotografía, video y/o grabación de audio que se haya tomado con fines promocionales legales. Estos materiales pueden incluir, entre otros, periódicos, folletos, carteles, anuncios, kits de prensa, sitios web, plataformas de redes sociales y otras formas de comunicación impresa y digital. Esta autorización se otorga sin esperar ningún pago u otra forma de contraprestación.

Esta autorización es válida indefinidamente y abarca todos los idiomas, medios, formatos y mercados, ya sean conocidos actualmente o descubiertos en el futuro.

Renuncio voluntariamente a cualquier derecho a regalías u otras compensaciones que surjan o estén relacionadas con el uso de estas fotografías o grabaciones.

Reconozco y acepto que los materiales producidos en virtud de este acuerdo serán propiedad de Lysette Iglesias MD y no me serán devueltos.

Por la presente eximo y libero al Lysette Iglesias MD de toda responsabilidad, reclamo o acción legal que pueda surgir, incluidos los realizados por mí, mis herederos, representantes, albaceas, administradores o cualquier otra persona que actúe en mi nombre o en nombre de mi patrimonio.

Al suscribir a continuación, certifico haber leído y comprendido minuciosamente la totalidad del acuerdo de exención mencionado previamente.

Al firmar a continuación, reconozco haber leído y comprendido plenamente el acuerdo de liberación anterior.

Nombre del cliente registrado

Firma del cliente.

Fecha



Inyección de tirzepatide

CUIDADO Y RECOMENDACIONES

Su cuerpo alcanzará resultados óptimos al mantener un régimen que apoye su salud y bienestar.

- Almacenaje: Guarde las inyecciones en el refrigerador sin congelarlas. Deseche las agujas usadas en un recipiente rígido y cerrado, manteniéndolo fuera del alcance de niños y mascotas.
- Hábitos alimentarios para las náuseas: consuma lentamente y en porciones más pequeñas, tome líquidos claros y evite acostarse inmediatamente después de comer. Enfoque en alimentos con mayor contenido de agua y mantenga un horario de comidas regular mientras reduce los bocadillos entre comidas.
- Dieta rica en fibra: Priorice una dieta rica en fibra, que contenga frutas y verduras con alto contenido de fibra.
- Opte por comidas pequeñas y ricas en proteínas, ya que la digestión se ralentiza mientras toma este medicamento.
- Alimentos con bajo contenido de grasa: Es aconsejable evitar los alimentos con alto contenido de grasas, ya que podrían provocar náuseas y vómitos. Se sugiere recibir las inyecciones antes de las comidas en lugar de después, para reducir los posibles efectos secundarios de consumir alimentos ricos en grasas o azúcares.
- Restrinja el consumo de alcohol: evite beber alcohol mientras recibe inyecciones de tirzepatida, ya que puede incrementar el riesgo de hipoglucemia, deshidratación, náuseas y vómitos.
- Cafeína: es importante ser cauteloso con la ingesta de cafeína, ya que puede interferir con la acción de la tirzepatida, lo que podría resultar en niveles bajos de azúcar en la sangre o deshidratación.

Nombre del cliente registrado

Firma del cliente.

Fecha

Página 7



Inyección de tirzepatide

PREGUNTAS COMUNES

¿QUÉ ES TIRZEPATIDE Y DE QUÉ MANERA PUEDE CONTRIBUIR A LA PÉRDIDA DE PESO?

La tirzepatide es un agonista de los receptores GIP y GLP-1 que, al ser administrado por inyección, contribuye a regular el apetito y la ingesta de alimentos. Puede ser beneficioso para adultos con obesidad o sobrepeso en su gestión del peso.

¿CUÁL ES LA FORMA ADECUADA DE ADMINISTRAR LAS INYECCIONES DE TIRZEPATIDE?

La tirzepatide se administra semanalmente mediante una pluma precargada, permitiendo la inyección en el abdomen, muslo o brazo. El profesional de la salud le instruirá sobre la técnica correcta.

¿CUÁL ES EL TIEMPO DE ACCIÓN DE LA TIRZEPATIDA?

La tirzepatida puede empezar a manifestar efectos significativos en la reducción de peso después de unas semanas de uso constante. No obstante, las respuestas personales pueden diferir. Es esencial mantener la dedicación a hábitos alimenticios saludables y ejercicio físico para alcanzar los resultados más óptimos y perdurables en la pérdida de peso.

¿ES EFECTIVA LA TIRZEPATIDA?

La tirzepatida no es una solución universal para todos, sin embargo, durante los estudios clínicos, aquellos que tomaron el fármaco experimentaron en promedio una reducción de peso corporal de entre un 5% y un 15%. Para lograr resultados óptimos, este tratamiento es más efectivo con modificaciones saludables en el estilo de vida.

¿MI PÓLIZA DE SEGURO CUBRIRÁ LA TIRZEPATIDA?

Las aseguradoras pueden ofrecer cobertura para Tirzepatida cuando se receta para el tratamiento de la diabetes tipo 2. No obstante, la cobertura de Tirzepatida como medicamento para perder peso no es común. Siempre es aconsejable consultar con su proveedor de seguros.



Inyección de tirzepatide

REGISTRO DE TRATAMIENTO AL CLIENTE

DATOS DEL CLIENTE:

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario

DIRECCIÓN: _____ :

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono: _____ Email: _____

FECHA	MEDICAMENTO	FRECUENCIA	DOSIS	NOTAS



Inyección de tirzepatide

BODY COMPOSITION

INFORMACIÓN DEL CLIENTE:

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario

A ESTADO EN AYUNA ALMENOS LAS ULTIMAS 2 HORAS? Si ☐ No ☐

A HECHO ALGUN EJERCISIO PREVIO ? Si ☐ No ☐

ESTAS PASANDO POR TU PERIODO MESTRUAL? Si ☐ No ☐

HASCONSUMIDO ALGUNABEVIDA ALCOHOLICA

EN LAS ULTIMAS 24 HORAS? Si ☐ No ☐

TIENESPUESTOUNMARCAPASOS? Si ☐ No ☐

TIENE ALGUN OBJETO METALICO? Eje cadenas, manillas, anillos esct Si ☐ No ☐

ESTAS EN CINTA? Si ☐ No ☐

Nombre del cliente (impreso)

Firma del cliente)

Fecha