



Inyección de semaglutide

FORMULARIO DE CONSULTA

INFORMACIÓN DEL CLIENTE:

Nombre: _____ Fecha: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario
DIRECCIÓN: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____
¿Cómo se enteró de nosotros? _____

HISTORIAL MÉDICO

Por favor marque cualquiera de las siguientes condiciones que pueda tener actualmente.

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Trastorno suprarrenal | ☐ Asma Úlcera gástrica/duodeno | ☐ Cáncer/antecedentes de cáncer |
| ☐ Diabetes/retinopatía | ☐ Trastorno neurológico | ☐ Colesterol alto en sangre Flebitis |
| ☐ Trastorno/enfermedad renal | ☐ Enfermedad autoinmune | ☐ Colelitiasis VIH/SIDA o hepatitis |
| ☐ Angioedema Antecedentes de | ☐ Enfermedad cardíaca | ☐ Insuficiencia renal Trombosis |
| ☐ trastorno alimentario Trastorno | ☐ Pancreatitis Trastorno de | ☐ venosa profunda EII/SII Abuso de |
| ☐ hepático Anemia/trastorno | ☐ coagulación sanguínea Presión | ☐ sustancias Enfermedad de la |
| ☐ sanguíneo Epilepsia/convulsiones | ☐ arterial alta Trastorno de | ☐ tiroides |
| ☐ Problemas de salud mental | ☐ paratiroides Endocarditis | |
| ☐ Depresión/ideación suicida | ☐ infecciosa | |

Actualmente, ¿tiene alguna condición médica? ☐ No ☐ Sí _____
¿Alguna alergia conocida? ☐ No ☐ Sí _____
Enumere los medicamentos/suplementos que toma regularmente: _____

¿Le han diagnosticado a usted o a un miembro de su familia alguno de los siguientes?

- ☐ Síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (MEN2) ☐ Carcinoma medular de tiroides

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes?

☐ Agonistas del receptor GLP-1
 ☐ Vitamina B
 ☐ Adhesivos/látex
 ☐ Alcohol de bencilo
 ☐ L-Carnitina

¿Alguna otra alergia conocida? _____

¿Está usted tomando actualmente algún medicamento anticoagulante? (es decir, aspirina y warfarina) ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

¿Ha sido operado durante el último año? ☐ No ☐ Sí _____

HÁBITOS SALUDABLES

¿Fuma usted? ☐ No ☐ Sí; por favor especifique cuántos por día o semana _____

¿Bebes alcohol con regularidad? ☐ No ☐ Sí; Por favor especifica _____

¿Cómo es tu nivel de actividad? ☐ Sedentario ☐ Ligeramente activa ☐ Moderadamente activa ☐ Muy activo

¿Qué métodos o intervenciones has utilizado para perder peso anteriormente?

☐ Dieta
 ☐ Ejercicio
 ☐ Prescripción médica
 ☐ Terapia
 ☐ Suplementos de hierbas

¿Cuáles son sus principales motivaciones y preocupaciones para querer perder peso con Semaglutida?

¿Cuáles son sus áreas de preocupación?

☐ Alcohol Exceso de	☐ Baja energía	☐ Estilo de vida sedentario	☐ Perimenopausia Cambios
☐ calorías Antecedentes	☐ Condición médica	☐ Interrupciones del sueño	☐ hormonales Otros
☐ familiares	☐ Embarazo	☐ Estrés/estilo de vida ocupado	☐ _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FEMENINOS - SOLO MUJERES

¿Estás embarazada o estás intentando quedar embarazada? ☐ No ☐ Sí

¿Estás tomando algún anticonceptivo?: _____

Certifico que toda la información que he proporcionado 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 (impreso)

Firma del cliente)

Fecha



Inyección de semaglutide

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

Autorizo la administración de inyecciones de semaglutida según las indicaciones de mi proveedor de atención médica. La semaglutida es un medicamento derivado de fuentes humanas que actúa como agonista del receptor del péptido 1 similar al glucagón y se usa para controlar el peso crónico y las afecciones diabéticas. Me han informado sobre el procedimiento adecuado para administrar las inyecciones de semaglutida, así como la dosis prescrita. Entiendo que no debo tomar este medicamento si tengo antecedentes de lo siguiente:

- Está embarazada o está considerando quedar embarazada mientras recibe tratamiento con este medicamento.
- Usted o su familia tienen antecedentes de carcinoma medular de tiroides (cáncer de tiroides) o síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (MEN2).
- Tiene antecedentes médicos relacionados con pancreatitis, insuficiencia o enfermedad renal, insuficiencia o enfermedad 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.
- Tiene diabetes, retinopatía o toma medicamentos para reducir el azúcar en sangre sin consultar a su endocrinólogo.

Los posibles efectos secundarios de la semaglutida pueden incluir náuseas, diarrea, vómitos, estreñimiento, dolor abdominal, dolor de cabeza, fatiga, dispepsia, mareos, distensión abdominal, eructos, hipoglucemia, flatulencia, gastroenteritis y enfermedad por reflujo gastroesofágico. Las reacciones comunes en el lugar de la inyección pueden incluir picazón, ardor y engrosamiento de la piel (roncha). Si experimenta alguna reacción alérgica grave, como sarpullido, picazón, hinchazón de la cara, lengua o garganta, o anafilaxia, busque atención médica inmediata.

Existe el riesgo de interacciones medicamentosas, particularmente con agentes antidiabéticos como la insulina y las sulfonilureas, que pueden aumentar el riesgo de hipoglucemia (nivel bajo de azúcar en sangre). No combine semaglutida con otros medicamentos agonistas de GLP-1 (como Adlyxin®, Byetta®, Bydureon®, Ozempic®, Rybelsus®, Trulicity®, Victoza®, Wegovy®). Informe a su proveedor de atención médica sobre cualquier medicamento que pueda reducir los niveles de azúcar en sangre.

Es importante comprender que la semaglutida es un componente de un estilo de vida integral que incluye dieta y ejercicio. Son necesarias visitas de seguimiento periódicas con su proveedor de atención médica para ajustar las dosis según sea necesario.

Al firmar a continuación, acepta lo siguiente:

He completado este formulario con sinceridad y según mi leal saber y entender. Acepto renunciar a toda responsabilidad hacia mi técnico y el empleador por cualquier lesión o daño incurrido debido a cualquier falsificación de mi historial médico.

Nombre del cliente (impreso)

Firma del cliente)

Fecha



Inyección de semaglutide

CONSEJOS DE CUIDADO

Para lograr resultados óptimos, es esencial mantener un régimen constante que respalde su salud y bienestar general.

- **Almacenamiento:** Mantenga las inyecciones de Semaglutida en el refrigerador, asegurándose de que no estén congeladas. Deseche las agujas usadas en un recipiente cerrado y seguro y guárdelo fuera del alcance de los niños y las mascotas.
- **Manejo de las náuseas:** si experimenta náuseas, intente comer lentamente y consumir porciones más pequeñas. También puede ayudar beber líquidos claros y evitar acostarse inmediatamente después de comer. Concéntrese en alimentos con mayor contenido de agua y mantenga un horario de comidas regular mientras minimiza los bocadillos entre comidas.
- **Dieta rica en fibra:** Priorice una dieta rica en fibra, incorporando muchas frutas y verduras conocidas por su contenido de fibra.
- **Comidas pequeñas y ricas en proteínas:** opte por comidas más pequeñas y ricas en proteínas. Esto puede ayudar a ralentizar la digestión, lo que puede resultar beneficioso mientras se toma este medicamento.
- **Opciones bajas en grasas:** Evite los alimentos ricos en grasas, ya que pueden contribuir a las náuseas y los vómitos. Es aconsejable administrar las inyecciones antes de las comidas y no después, para mitigar los posibles efectos secundarios del consumo de alimentos ricos en grasas o azúcares.
- **Consumo moderado de alcohol:** limite o evite el consumo de alcohol mientras usa las inyecciones de semaglutida, ya que puede aumentar el riesgo de hipoglucemia, deshidratación, náuseas y vómitos.
- **Conciencia sobre la cafeína:** tenga cuidado con el consumo de cafeína, ya que puede influir en los efectos de la semaglutida, lo que podría provocar niveles bajos de azúcar en sangre o deshidratación.

Nombre del cliente (impreso)

Firma del cliente)

Fecha



Inyección de semaglutide

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍA Y VÍDEO

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

Esta autorización permanece vigente indefinidamente y se aplica a 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 creados a través de este acuerdo serán propiedad de Lysette Iglesias MD y no me serán devueltos.

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

Al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendido detenidamente la totalidad del acuerdo de liberación indicado anteriormente.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo completamente el acuerdo de liberación anterior.

Nombre del cliente (impreso)

Firma del cliente)

Fecha



Inyección de semaglutide

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Para garantizar la prestación de atención de alta calidad dentro de un plazo razonable, hemos implementado una política de citas y cancelación.

Como las citas tienen una gran demanda, cancelar su cita con anticipación nos permite ofrecer el horario a otra persona que busque atención oportuna. Esta política nos ayuda a optimizar nuestra disponibilidad de citas para todos los clientes.

Durante el proceso de reserva de la cita, se le pedirá que realice un depósito de \$25.00, que se aplicará como crédito para sus tratamientos programados.

Entendemos que pueden surgir circunstancias que requieran que usted cancele o re programe su cita. Para evitar cualquier inconveniente, por favor notifiquenos al menos 24 horas antes de su cita programada. En tales casos, su depósito será reembolsado o aplicado a una cita futura. Sin embargo, si avisa con menos de 24 horas de antelación, se cobrará una tarifa de cancelación de \$25.00.

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.

Estaremos encantados de atender cualquier consulta o inquietud que pueda tener con respecto a nuestra política de cancelación.

He leído y entiendo completamente la Política de cancelación de citas anterior y acepto estar sujeto a sus términos. Acepto pagar la tarifa de cancelación en caso de perder una cita.

Nombre del cliente (impreso)

Firma del cliente)

Fecha

Para contactarnos utilice nuestro Email mencionado a continuación, no deje mensaje en el contestador porque no se escuchará debido al volumen de llamadas.



Inyección de semaglutide

PREGUNTAS FRECUENTES

¿QUÉ ES LA SEMAGLUTIDA Y CÓMO PUEDE AYUDAR A LA PÉRDIDA DE PESO?

La semaglutida funciona como agonista del receptor GLP-1 y actúa tras la inyección para regular el apetito y controlar la ingesta de alimentos. Está diseñado para ayudar a los adultos que padecen obesidad o a quienes tienen sobrepeso en sus esfuerzos por controlar el peso.

¿CÓMO TOMO LAS INYECCIONES DE SEMAGLUTIDA?

La semaglutida normalmente se administra una vez a la semana mediante una pluma precargada. Puede inyectarlo debajo de la piel del estómago, el muslo o la parte superior del brazo. Su proveedor de atención médica le brindará instrucciones sobre la técnica correcta de administración.

¿CUÁNTO TIEMPO TARDA EN FUNCIONAR LA SEMAGLUTIDA?

Si bien la semaglutida puede comenzar a demostrar efectos notables en la pérdida de peso a las pocas semanas de uso constante, es fundamental comprender que las respuestas individuales pueden diferir. Para lograr los resultados de pérdida de peso más efectivos y sostenibles, es importante seguir dedicado a hábitos alimentarios saludables y actividad física regular. La coherencia en estos factores del estilo de vida complementará los efectos de la semaglutida y optimizará su proceso de control de peso.

¿REALMENTE FUNCIONA LA SEMAGLUTIDA?

La semaglutida no es una solución única para todos, pero durante los ensayos clínicos, más de la mitad de los participantes lograron una pérdida de peso sustancial, con un promedio de alrededor del 15 % de su peso corporal. Sin embargo, para obtener resultados óptimos, este tratamiento es más eficaz cuando se combina con cambios saludables en el estilo de vida.

¿MI SEGURO CUBRE LA SEMAGLUTIDA?

Las compañías de seguros suelen ofrecer cobertura para semaglutida cuando se receta para el tratamiento de la diabetes tipo 2. Sin embargo, normalmente no se proporciona cobertura para la semaglutida como medicamento para bajar de peso. Siempre es recomendable verificar con su proveedor de seguros los detalles de la cobertura.



Inyección de semaglutide

REGISTRO DE TRATAMIENTO DEL CLIENTE

INFORMACIÓN DEL CLIENTE:

Nombre: _____ Fecha: _____

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

DIRECCIÓN: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Área Código _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

FECHA	MEDICAMENTO	FRECUENCIA	DOSIS	NOTAS



Inyección de semaglutide

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 Si ☐ No ☐

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