

Informacion Del Paciente

Fecha De Hoy: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Direcció: _____

Teléfono de Casa () _____ Num. De Celular () _____

Quien lo recomendó: _____

- **TIENE ACTUALMENTE:** Gota/Fallo renal/Glaucoma/Piedras en la vesícula/HIV/SIDA _____
- Hepatitis C / Enfermedad del corazón / Alérgico a la proteína / Diabetes: Tipo1/ Tipo2 _____
- **HISTORIAL MEDICO:** Estreñimiento/Depresión/Palpitaciones/Insomnio/Trastorno alimenticio _____
- **ANTECEDENTS MEDICOS -O- QUIRURGICOS:** NINGUNO _____
- **HISTORIAL SOCIAL:**(MARQUE UNO/FUMA/ALCOHOL /ABUSO ILICITO DE DROGAS/ NINGUNO. _____
- **MEDICINAS ACTUALES:** NINGUNO/ _____
- **MEDICAMENTOS ANTERIORES PARA BAJAR DE PESO:** NINGUNO _____
- **ALERGIA:** SULFA: Si / No OTROS: NINGUNO/ _____
- **EXPERIENCIAS ANTERIORES CON DIETA Y EJERCICIO:** SI / NO _____
Si es así, por cuanto tiempo _____ Obtuvo resultados? Si / No
- **SU OBJETIVO :** Perder peso ()lbs./ Comer sano / Ponerse en forma/ Otro _____
- **NIVEL DE ACTIVIDAD FISICA ACTUAL:** Alto / Moderado / Bajo
- **ESTA ACTUALMENTE LACTANDO:** Si / No
- **ACTUAL PROVEEDOR DE ATENCION MEDICA:** _____

COMO SE ENTERO ACERCA DE NOSOTROS? (Marque lo que corresponda)

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| • Nuestra PaginaWeb | • Pase por el edificio |
| • Revista Shopping Guide | • Amigos / Familiares |
| • Yelp.com | • Internet |

(Opcional) Le gustaría recibir consejos e información de la dieta por correo electrónico? [] Si [] No.

Correo electrónico (En letra de molde): _____

MEDI-SLIM WELLNESS ACUERDO DEL PACIENTE

Su éxito depende en su compromiso con la comprensión y el cumplimiento de sus obligaciones en el curso del tratamiento. El propósito de este acuerdo es asegurar que usted está haciendo los compromisos necesarios para permitir a Medi-Slim Wellness de poder ayudarle. **Por favor ponga sus iniciales en cada párrafo y firme abajo.**

1. Usted, como paciente, se compromete a proporcionar respuestas honestas y completas a las preguntas sobre su salud, problemas de peso, la actividad de comer y los patrones de estilo de vida para que su médico pueda entender mejor cómo ayudarle.
2. Usted se compromete a dedicar el tiempo necesario para completar y cumplir con el curso del tratamiento de su médico de salud ha señalado para usted, incluyendo la evaluación, el tratamiento y las fases de mantenimiento.
3. Usted se compromete a trabajar con su médico de salud y otras personas que puedan participar en ayudar a manejar su pérdida de peso, incluyendo mantener un diario y siguiendo su dieta y prescripción del ejercicio.
4. Usted se compromete a estar bajo el cuidado de un médico de atención primaria fuera de la especialidad médica de pérdida de peso de médicos de Medi-Slim wellness y proporcionar su información a Medi-Slim Wellness. Usted acepta que profesionales de la salud de Medi-Slim Wellness compartan información con su médico personal. Si usted no tiene un médico personal, usted debe estar de acuerdo para encontrar uno antes de que usted empiece a trabajar juntos con Medi-Slim Wellness
5. Usted se compromete a hacer y mantener las citas de seguimiento con su médico y someterse a exámenes de sangre tomados o cualquier otra medida de diagnóstico realizada que su médico considere necesario durante el curso del tratamiento.
6. Usted se compromete a seguir un programa de ejercicios dentro de las direcciones dadas por su médico de la salud y su médico primario
7. Usted se compromete a comunicar a Medi-Slim Wellness todo el medicamento, atención, tratamiento, diagnósticos y evaluaciones que haiga recibido en otros lugares y para proporcionar los registros médicos de otros proveedores para garantizar que la atención sea coordinada y compatible.
8. Usted se compromete a asesorar al personal de Medi-Slim Wellness Clínica de cualquier inquietud, problemas, quejas, síntomas, o preguntas, incluso si usted puede pensar que no es muy importante, por lo que el profesional de la salud y / o su médico puede determinar si usted requiere otra atención. Usted reconoce que el mantenimiento de Medi-Slim Wellness de todos los asuntos o síntomas permite que usted tenga la mejor oportunidad de intervenir antes de que un problema se agrave.
9. Usted se compromete a notificar a un médico de Medi-Slim Wellness con respecto a cualquier cambio en los medicamentos o en su estado de salud, y de cualquier efecto adverso que experimente de alguna de las medicinas que usted toma.
10. Medi-Slim Wellness tiene permiso para discutir todos los detalles del diagnóstico y el tratamiento con los farmacéuticos u otros profesionales que prestan asistencia médica para mantener cuentas correctas.
11. Usted no puede compartir, vender, o de otra manera permitir que otros tengan acceso a los medicamentos.
12. Usted se compromete a suspender el programa si usted sospecha que puede estar embarazada.

13. Las recetas y las botellas de estos medicamentos puede ser buscado por otros individuos. Se espera que usted tome la más alta posible de atención al medicamento y la prescripción. No deben dejarse donde otros pueden ver o no tienen acceso a ellos.
14. Dado que los medicamentos pueden ser peligrosos o mortal a una persona que no es tolerante con sus efectos, especialmente un niño, debe mantenerse fuera del alcance de tales personas.
15. Se entiende que el incumplimiento de estas políticas puede resultar en la suspensión del tratamiento con sustancias controladas por prescripción de este médico o referencia para la evaluación de especialidad más.
16. Los riesgos y beneficios potenciales de la pérdida de peso se explica en otra parte. Usted reconoce que ha recibido estas explicaciones.
17. Usted afirma que tiene derecho y el poder de firmar y estar acuerdo, y que ha leído, entendido y acepta todos sus términos.
18. Política de reembolso: No hay reembolso o cambio por todos los productos o servicios consumibles. Para los "paquetes con descuento", se emitirá un crédito de tienda para cualquier saldo restante equivalente a (precio con descuento pagado real menos la suma del precio regular completo de cualquier producto o servicio consumido).

Su firma representa su permiso, la comprensión y el compromiso con lo anterior.

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Consentimiento informado-Terapia Supresora del Apetito (Phentermine)

Este es un documento de consentimiento informado que ha sido preparado para ayudar a informar a usted el uso médico del supresor del apetito Phentermine, el riesgo y el tratamiento alternativo. Es importante que lea esta información cuidadosamente y completamente antes de firmar el consentimiento a continuación.

INTRODUCCIÓN.

1. He autorizado la clínica de Medi-Slim Wellnes y los médicos para que me ayude en mis esfuerzos de reducción de peso. Entiendo que mi tratamiento puede incluir, pero no es limitado a, el uso de supresores del apetito conocido como Phentermine. Entiendo que el uso recomendado por Medi-Slim wellness y los médicos pueden exceder de 12 semanas, que es el período a corto plazo de uso recomendado por EL Food and Drug Administration (FDA). Entiendo que este uso por más de 12 semanas se considera un uso " fuera de indicación ", que se basa en la creencia de los médicos de Medi-Slim Wellness que el supresor del apetito puede ser útil durante períodos más largos. Dicho uso no ha sido tan estudiado sistemáticamente como lo sugerido en la etiqueta y es posible, como con la mayoría de otros medicamentos, qué podría haber efectos secundarios graves (como se indica abajo). Entiendo que, con el fin de seguir tomando supresores del apetito, tengo que venir a ver a un médico de Medi-Slim Wellness cada 12 semanas.

RIESGOS

Antes de comenzar este programa de tratamiento, He sido informado de los siguientes efectos secundarios y los riesgos asociados con el uso de este medicamento:

2. Supresores del apetito tienen algunos efectos secundarios negativos y riesgos. Los médicos de Medi-Slim Wellness creen que estos efectos secundarios y los riesgos se ven compensados por los beneficios de la utilización del supresor del apetito para hacer frente a otros riesgos de salud. Entiendo que el propósito de este tratamiento es que me ayude a disminuir el peso corporal y mantener la pérdida de peso. Entiendo que continuar recibiendo el supresor del apetito dependerá de mi progreso en la reducción de peso y mantenimiento del peso. Sin embargo, como paciente, tengo que decidir si estoy dispuesto a aceptar el riesgo de efectos secundarios, aunque puede ser grave, por la ayuda posible que el supresor del apetito utilizado de esta manera puede ofrecer. Entiendo que es mi responsabilidad como paciente de seguir las instrucciones con cuidado y que informe al médico de cabecera ayudándome en mi pérdida de peso problemas médicos significativos que puedan estar relacionados con mi programa de control de peso, tan pronto como sea razonablemente posible.
3. **Los efectos secundarios comunes** de estos medicamentos pueden incluir mal sabor en la boca, cambios en el deseo sexual, estreñimiento, diarrea, dificultad para dormir, mareos, boca seca, sensación exagerada de bienestar, dolor de cabeza, impotencia, nerviosismo; sobre estimulación, inquietud, insomnio, malestar estomacal. Por lo general toma (5-7) días para una persona para tener una idea de lo que él/ella se ve afectado. A veces, estos efectos disminuyen en unos pocos días, pero a veces persisten.

Ciertos **efectos secundarios graves** son poco frecuentes pero requieren atención médica inmediata si se presentan. Estos incluyen reacciones alérgicas graves (erupción cutánea, urticaria, picazón, dificultad para respirar, presión en el pecho, hinchazón de la boca, cara, labios o lengua), comportamiento extraño, dolor de pecho, desmayos; pulso acelerado, palpitaciones en el pecho, dificultad para respirar, hinchazón de las piernas y los pies, estremecimientos. Si cualquiera de estos efectos secundarios ocurren, por favor busque atención médica de emergencia de inmediato.

Iniciales

Otros riesgos: efectos cardiovasculares adversos pueden estar asociados con Phentermine. Phentermine en general provoca un aumento significativo en la frecuencia cardíaca. Hipertensión y arritmias puede ser problemático en pacientes susceptibles. Enfermedad cardiaca valvular también ha sido reportada. Estos y otros riesgos puede, en ocasiones, ser graves o fatales.

Algunos de los efectos secundarios señalados anteriormente están relacionados con el hecho de que Phentermine produce la estimulación del sistema nervioso, que puede resultar en estremecimientos, ansiedad, inquietud, mareos, insomnio, euforia, disforia, y dolor de cabeza. Raramente, episodios psicóticos han sido reportados.

4. Riesgo de dependencia física o adicción es alta con Phentermine. En otras palabras, con el uso continuo de este medicamento, mi cuerpo se acostumbrará a él. Si dejo de tomar el medicamento abruptamente, mi cuerpo puede reaccionar de manera adversa con los síntomas de abstinencia, que pueden incluir: lagrimeo excesivo, secreción nasal, pupilas dilatadas, "piel de gallina", bostezos, diarrea, dolor muscular, dolor de cabeza y insomnio. Para prevenir estos síntomas incómodos debo tomar mi medicamento regularmente y comunicar al médico cualquier efecto secundario. Cuando se suspenda el uso del medicamento, debo hacerlo bajo la supervisión de mi médico. Comunicación con mi médico es necesaria para mí entender el papel del programa y medicamento de pérdida de peso y para evitar el desarrollo de este tipo de dependencia.
5. El riesgo para los niños por nacer: Si yo soy una mujer en edad de concebir y quedo embarazada, existe el riesgo de que cualquier niño nacido probablemente será dependiente físicamente al nacer. Entiendo que soy animada a mantener anticonceptivos seguros y efectivos mientras en este programa. Si quedo embarazada, inmediatamente contacto a mi médico para que el medicamento sea ahusado y detenido. Si estoy en edad de procrear y estoy planeando una familia, debo llamar a mi médico de inmediato.
6. **Evaluación del tratamiento:**
Evaluación por visita a la clínica se evaluará: (1) la efectividad de la terapia supresora del apetito está funcionando, en conjunto con un programa integral de dieta y funciones de ejercicio; (2) efectos adversos que he experimentado (excesiva sedación, estreñimiento, depresión peor); y (3) accidental o intencional mal uso / abuso de el medicamento. Cada evaluación será documentada en mi expediente médico. Si no hay ninguna mejoría de la pérdida de peso o si experimenta efectos que le cause molestia laterales, el medicamento va a estar ahusado y descontinuado.
7. **Beneficios:** Soy consciente de que hay ciertos riesgos asociados con permanecer de sobrepeso y con obesidad. Entre ellas las tendencias a la presión arterial alta, la diabetes, un ataque al corazón y enfermedades del corazón, artritis de las articulaciones de las caderas, las rodillas y los pies. Entiendo que estos riesgos pueden ser modestos si yo no estoy muy de sobrepeso, pero que estos riesgos pueden subir significativamente los más de sobrepeso que este. Si Phentermine, combinado con dieta y ejercicio, ayuda a reducir ese riesgo por bajar de peso y mantener la pérdida de peso, es un beneficio.

8. **Alternativas:** Se me ha informado de que existen alternativas a los supresores del apetito. Se me ha informado acerca de la alternativa de terapias no farmacéuticas y modalidades para la pérdida de peso. Entiendo que hay otras formas y programas que pueden ayudarme en mi deseo de reducir mi peso corporal y mantener esta pérdida de peso. En particular, un programa de calorías equilibrado o un programa de intercambio de comer sin el uso de la supresor del apetito que ambas puedan ser exitosa si se siguen, aunque probablemente tendré más hambre sin los supresores del apetito.

Soy consciente de que hay cierto riesgo asociados con permanecer de sobrepeso y obesidad. Entre ellos se encuentran las tendencias a la presión arterial alta, la diabetes, un ataque al corazón y enfermedades del corazón y la artritis de las articulaciones, las caderas, las rodillas y los pies. Entiendo que estos riesgos pueden ser modestos si yo no estoy muy de sobrepeso pero que estos riesgos pueden subir significativamente los más de sobrepeso que soy.

Yo certifico que tuve la oportunidad de leer y entender completamente todas las páginas de este consentimiento informado. También declaro que hablo, leo y escribo en español. Mis preguntas sobre los efectos secundarios y los riesgos han sido contestadas por el médico. Tengo la oportunidad y he sido animado a buscar una segunda opinión. Y la información que me han dado ha sido en términos claros para mí, y yo entiendo y acepto los riesgos y las complicaciones del tratamiento. Mis preguntas han sido contestadas a fondo completamente para mí, y e leído este documento y entiendo todos sus contenidos.

NO FIRME ESTE FORMULARIO A MENOS QUE LO HAIGA LEÍDO Y SIENTA QUE LO ENTIENDE. CUALQUIER PREGUNTA QUE USTED PUEDA TENER ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO. NO FIRME ESTE FORMULARIO SI USTED HA TOMADO MEDICAMENTOS QUE PUEDEN AFECTAR LA CAPACIDAD MENTAL O SI SE SENTE APRESURADO O BAJO PRESIÓN.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Fecha

He explicado este consentimiento, respondí a todas las preguntas de los pacientes, e informe al paciente de los riesgos conocidos y alternativas disponibles. Al mejor de mi conocimiento, el paciente ha sido debidamente informado. El paciente ha dado su consentimiento.

Mohamed Ali, M.D.

Nombre del Médico

Firma

Fecha