



Pronto Medical Care

Carlos H. Fernandez, P.A.-C Daniel L. Turley, M.D |

515 Airport Rd Panama City FL, 32405

Phone Number: (850)704-5878 Fax Number: (850)807-5472

Acuerdo del Programa para Pérdida de Peso

- Yo entiendo y estoy de acuerdo que el programa de Pérdida de peso de Pronto Medical Care es un programa de pago por cuenta propia y no estamos obligados a presentar ningún reclamo a su compañía de seguro.
- Yo entiendo que el propósito de este tratamiento es asistirme en mi deseo de disminuir mi peso corporal/IMC y lograr una saludable pérdida de peso.
- Yo reconozco que no hay garantía que yo pueda recibir la medicina para pérdida de peso si mi salud no me permite recibirla. Es importante que su cuerpo pueda tolerar la medicina para perder peso. Por favor asegúrese de informar todas y cada una de sus condiciones médicas y medicinas en formulario de admisión y a los médicos que los atiendan.
- Yo estoy de acuerdo y entiendo que las visitas por perdida de peso no son reembolsables. Yo voy a seguir la guía del programa que es la siguiente: 1ra visita \$250 (incluye cita con el médico, EKG con interpretación, 2cc de Lipo-Mino inyección, orden para exámenes de sangre, paquete de dieta y prescripción para supresores del apetito), 2da visita \$170 (incluye cita con el médico, 1cc de Lipo-Mino inyección y prescripción para supresores del apetito), 3ra visita \$170 (incluye cita con el médico, 1cc de Lipo-Mino inyección y prescripción para supresores del apetito). Puede venir semanalmente y recibir la inyección de Lipo-Mino por \$ 40. La inyección semanal no incluye una visita con el médico.
- Yo entiendo que para continuar recibiendo supresores del apetito durante el programa puede depender de mi progreso en la reducción de peso y posterior mantenimiento del peso.
- Yo reconozco que para lograr la máxima pérdida de peso también debo seguir un estilo de alimentación más saludable. En particular, un programa equilibrado de conteo de calorías / carbohidratos. (Le proporcionaremos un paquete que incluye nuestra dieta recomendada) También sería beneficioso para el participante participar en la actividad física diaria. Le recomendamos que realice un mínimo de 30 minutos a 1 hora de ejercicio continuo al día.

Nombre y Apellido: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Pronto Medical Care

Carlos H. Fernandez, P.A.-C Daniel L. Turley, M.D |

515 Airport Rd Panama City FL, 32405

Phone Number: (850)704-5878 Fax Number: (850)807-5472

Consentimiento del paciente para los Supresores del Apetito

Yo, _____ (Nombre y Apellido) Fecha Nac: _____
autorizo a Pronto Medical Care y a los médicos que me asisten en mis esfuerzos de pérdida de peso. Yo entiendo que mi tratamiento puede incluir, pero no está limitado a, el uso de supresores del apetito por 12 semanas

Riesgo de Tratamiento Propuesto:

Yo entiendo que esta autorización se da con el conocimiento de que el uso de los supresores del apetito por más de 12 semanas o tomar más de la dosis prescrita indicada en la etiqueta del medicamento pueden causar riesgos y peligros graves.

Los más comunes incluyen: nerviosismo, insomnio, dolores de cabeza, boca seca, debilidad, cansancio, problemas psicológicos, alergias a medicamentos, presión arterial alta, latidos cardíacos rápidos e irregularidades cardíacas. Los riesgos menos comunes pero más graves son la hipertensión pulmonar primaria y la enfermedad cardíaca valvular. Estos y otros posibles riesgos podrían, en ocasiones, ser graves o fatales.

Riesgo asociado con el sobrepeso o la obesidad:

Yo estoy consiente que hay ciertos riesgos asociados con el sobrepeso y la obesidad. Entre ellos se encuentran las tendencias a desarrollar problemas de salud crónicos y afecciones médicas potencialmente mortales. Entiendo que estos riesgos pueden ser modestos si altero mi peso y hábitos alimenticios, de lo contrario, el riesgo puede aumentar significativamente debido al sobrepeso.

No Garantías

Entiendo y reconozco que para tener un mantenimiento de peso exitoso y a largo plazo no puedo confiar únicamente en los supresores del apetito. Para lograr los máximos resultados, implicará un cambio completo de estilo de vida. Mis resultados dependerán de mis esfuerzos y no hay garantía o seguridad de que el programa será exitoso.

Directrices de los Medicamentos

El supresor del apetito que se le prescribe es solo para el paciente al que se le receta. No puede compartir, regalar o vender su receta a nadie más. Si usted entra en violación de este acuerdo, puede resultar en su terminación automática con la clínica y posibles cargos criminales. Si pierde o extravía su receta, es posible que no reciba otra hasta 1 mes después de la última fecha del llenado original. Asegúrese de colocar sus medicamentos en un lugar seguro, lejos de niños y mascotas o peligros potenciales.

Consentimiento del Paciente

Yo he leído y entendido completamente este formulario de consentimiento y cualquier pregunta que tenga sobre cualquier proceso del programa o medicamentos ha sido respondida a mi satisfacción. Yo seguiré todas las directrices del medicamento y las instrucciones de mi médico. Yo entiendo el riesgo y los factores asociados de este acuerdo y acepto continuar.

Resultados de Laboratorio

Requerimos que todos en el programa se realicen análisis de sangre generales para asegurarnos de que no tenga ninguna afección de salud subyacente que pueda plantear inquietudes mientras esté en el programa. Si se ha realizado algún análisis de sangre reciente, podemos usarlo, el médico determinará si es suficiente. De lo contrario, ordenaremos análisis de sangre en su primera visita y el paciente deberá hacerlos. Los laboratorios no se realizan en nuestra oficina; Deberán realizarse en un laboratorio externo por cuenta del paciente.

Declaración del Proveedor de Atención Médica:

Todos los términos y condiciones de este acuerdo han sido leídos y revisados por el paciente que participa en el programa. Siento que el paciente ha sido informado adecuadamente de los riesgos y factores de salud, que yo sepa, entienden en qué están participando, incluido el uso de supresores del apetito, los beneficios y riesgos asociados con las terapias alternativas y los riesgos para la salud si no mantienen un peso saludable. Después de haber sido informado adecuadamente, el paciente ha dado su consentimiento para la terapia que involucra los supresores del apetito en la forma indicada en este acuerdo.

Nombre y Apellido del Paciente(letra imprenta) : _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Testigo/Enfermera: _____ Fecha: _____

Firma del Medico: _____ Fecha: _____

Inyección de proteína Lipo-Mino

Las inyecciones de Lipo-Mino afirman acelerar el metabolismo de la acumulación excesiva de grasa cuando son resistentes al ejercicio, especialmente las grasas corporales obstinadas como las caderas, el estómago y la parte interna de los muslos. Las inyecciones consisten en ingredientes únicos y especialmente formulados conocidos por sus cualidades para quemar grasa.

Piridoxina (B6), Metionina, Inositol, Colina, B12, Cianocobalamina, Tiamina, B1 50mg, Riboflavina B2, Ribidoxine (B6), Methionine, Inositol, Choline, B12, Cyanocobalamin, Thiamine, B1 50mg, Riboflavin B2

Lipo-Mino ofrece varios beneficios, no solo para perder peso, sino también para sentirse más delgado, más saludable y más seguro todos los días. Dado que varias formulaciones e ingredientes se usan comúnmente en inyecciones lipotrópicas, todos reaccionan de manera diferente a los suplementos. Además, los beneficios exactos variarán de persona a persona, dependiendo de la fórmula que elijan para su inyectable, pero en general, las inyecciones lipotrópicas pueden:

- Estimular el sistema inmunológico
- Controlar y reducir los niveles de colesterol
- Reducir y eliminar las grasas corporales almacenadas
- Mejorar el metabolismo
- Aumentar el estado de alerta
- Aumentar los niveles de energía
- Mejorar el estado de ánimo y la claridad mental
- Mantener la piel sana, las uñas fuertes y el cabello brillante
- Fortalecer el sistema nervioso

Cuales son los posibles riesgos de Lipo-Mino?

Todos los ingredientes en una inyección de lipo-Mino existen naturalmente en el cuerpo o en los alimentos, pero como cualquier tratamiento, puede haber algunos riesgos. La siguiente es la lista de posibles riesgos con Lipo-Mino:

- Enrojecimiento
- Dolor o moretones
- Sangrado en el sitio de inyección (generalmente mínimo y se disipa en un tiempo mínimo)
- Reacción alérgica a las inyecciones
- Problemas urinarios (incontinencia de urgencia)
- Diarrea o malestar estomacal

Si usted es alérgico a Lipo-Mino o a cualquiera de sus ingredientes por favor notifíquenos de antemano.

Información del paciente:

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____ Código Postal: _____ Sexo: Femenino Masculino

Fecha de Nacimiento: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Eres Soltero / Casado / Divorciado / Viudo / Separado ? _____

Raza: Indio Americano/ Nativo de Alaska/ Asiático/ Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico / Africano Americano/ Blanco/Omitir
Origen Étnico: Hispano/Latino No Hispano/Latino Omitir Idioma: Inglés Español Otro: _____

Padre o Guardian (Para menores del 18 años)

Apellido: _____ Nombre: _____

Numero de teléfono: _____

Contacto de Emergencia

Apellido: _____ Nombre: _____

Teléfono de Casa : _____ Celular: _____

Relación con el Paciente: _____

¿Cómo se enteró/Quién lo refirió a nuestra clínica? _____

Formulario de reconocimiento y consentimiento de HIPPA

Entiendo que Pronto Medical Care origina y mantiene registros en pape o electrónicos que describen mi historial de salud, síntomas, hallazgos de exámenes, diagnósticos médicos, planes de tratamiento, resultados de pruebas y cualquier plan para atención futura.

Entiendo y he conocido un Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de la información y las divulgaciones. Entiendo que tengo los siguientes derechos:

El derecho a revisar el Aviso antes de firmar este consentimiento.

El derecho a oponerse al uso de mi información médica para propósitos de directorio.

El derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo se puede usar mi información de atención médica.

Entiendo que Pronto Medical Care no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas y rechazar los servicios. Puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya actuado basándose en él. Reconozco que al negarme a firmar este formulario o revocar el consentimiento, Pronto Medical Care y sus proveedores pueden rechazar el tratamiento según lo permite la Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

Reconozco que, como parte de mi tratamiento y operaciones de atención médica, se puede considerar necesario divulgar mi información de atención médica a otra entidad y doy mi consentimiento para dicha divulgación para estos usos permitidos, incluido el fax, la grabación electrónica y el registro en papel. Acepto y entiendo los términos de este consentimiento.

Nombre y Apellido: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Divulgación a miembros de la Familia / Tutores Designados

Doy permiso para que Pronto Medical Care y sus proveedores divulguen mi información de atención médica, analicen mi atención, relacionada a cualquier condición médica, resultados, hallazgos y decisiones de atención con los siguientes enumerados a continuación. Entiendo que todos los que mencione tendrán acceso a mi información médica.

| Nombre y Apellido | Relación con el Paciente | Número de Teléfono |
|-------------------|--------------------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por qué viene hoy? _____

Síntomas: _____

CIRCULE CUALQUIER CONDICION MEDICA ANTERIOR / ACTUAL MENCIONADA ACONTINUACION

| | | | |
|--|---|---|---|
| DOLOR DE CABEZA ENFERMEDAD VASCULAR SINUSITIS CRONICA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO SINDROME TUNEL DEL CARPIO ATAQUES, CONVULSIONES ENFERMEDADES DEL RIÑON ENFERMEDADES ULCERA PEPTICA ARTRITIS REUMATOIDE ANORMALIDAD DE LA MARCHAG ALCOLISMO NEURALGIA TRIGEMINAL DEPRESION/ANSIEDAD CANCER _____ | MIGRANA PRESION ALTA DIABETES PAPERAS FIEBRE REUMATICA POLIO ENCEFALITIS TUBERCULOSIS HERNIA HIATAL PULMONIA ABUSO DE SUSTANCIAS DOLOR DE CUELLO ENFERMEDAD DE CROHN HEPATITIS | OSTEOPOROSIS EPILEPSIA SARAMPION FIEBRE ESCARLATINA ASMA LUPUS VIH / SIDA PSICOSIS PSORIASIS CULEBRILLA DOLOR DE ESPALDA BIPOLAR ANEMIA | INFECCIOONES DE VEGIJA GLAUCOMA HEMORROIDES BRONQUITIS ENFERMEDAD DE TIORIDE PROLAPSO DE LA VALVULA MITRAL TOS PERSISTENTE FIBROMIALGIA OBESIDAD ENFERMEDAD DEL CORAZON INFARTO ULCERA VARICELA OTRA: |
|--|---|---|---|

Cualquier Historia Quirúrgica?: **Si o No** En caso afirmativo, favor enumere: _____

Cualquier Alergia a Medicamentos? **Si o No** En caso afirmativo, favor enumere: _____

Historia Familiar : **Adoptado** **No Antecedentes Familiares Conocidos** **Por favor enumere cualquier**

CIRCULE SUS RESPUESTAS POR FAVOR

USO DE ALCOHOL: NUNCA RARAMENTE MODERADO DIARIO
 USO DE TABACO: NUNCA ANTERIORMENTE, PERO LO DEJE HACE _____ CAJETILLAS POR DIA ACTUALMENTE _____
 USO OF DROGAS: SI O NO EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ENUMERE EL TIPO: _____

Si usted toma medicamentos favor haga una lista de ellos:
