

Programa de Pérdida de Peso

Formulario de Consentimiento

Yo _____ autorizó *Family Medicine Associates of Lincoln County, PLLC* y sus asistentes designados, que me ayuden con mis esfuerzos para perder de peso. Yo entiendo que el programa puede consistir de una dieta balanceada en alta proteína, baja carbohidrato y baja caloría. Igualmente, será recomendado un régimen de ejercicio regular y modificaciones del comportamiento que pueden incluir pastillas de dieta o inyecciones de GCH (**Gonadotropina Coriónica Humana**) semanalmente.

Además, entiendo que si decido usar pastillas de dieta (calmantes de apetito); pueden ser usados por temporadas excediendo lo recomendado en el encarte de paquete. Se me ha sido explicado la seguridad y éxito de las pastillas de dieta en consultorios médicos privados, así como, centros de academia por periodos excediéndose lo recomendado en la literatura de productos. Yo entiendo que es una **FELONIA FEDERAL** usar las pastillas de dieta por objetivos no médicos. Por lo tanto, cualquier persona encontrada usando los calmantes de dieta (pastillas) para energía o otras propósitos serán descartados permanentemente del programa de sobre peso. Yo entiendo que cualquier tratamiento médico puede implicar riesgos, así como, beneficios propuestas. También entiendo que ha ciertos riesgos para la salud asociados con permanecer sobre peso o obeso. Riesgos de las pastillas de dieta incluyen pero no son limitados a lo siguiente: nerviosismo, insomnio/desvelo, dolor de cabeza, resequedad de boca, molestias gastrointestinales, debilidad, cansancio, problemas psiquiátricos, presión arterial alta, latido rápido e irregularidades del corazón. Estos y otros posibles riesgos, pueden en ocasión, ser graves o mortal.

Yo entiendo que una baja dosis de GCH puede ser parte de mi plan de tratamiento; sin embargo entiendo que hay posibilidades de riesgos de defectos de nacimiento con altos dosis de GCH si son tomados durante un embarazo. Actualmente **NO** estoy embarazada ni estoy planificando quedar embarazada durante el tratamiento de las inyecciones de GCH. Tomare todo miedo posible para prevenir un embarazo mientras estoy recibiendo tratamientos en el programa de sobre peso. En caso de que quede embarazada, parare todo tratamiento relacionado con el programa de pérdida de peso.

Riesgos asociados con permanecer sobre peso/ obeso son tendencias a tener: presión arterial alta, diabetes, ataque al corazón, enfermedad cardíaca, apnea del sueño, artritis de la articulación incluyendo cadera, rodillas, pies, espalda, y muerte repentina. Entiendo que estos riesgos pueden ser moderados si no estoy significativamente sobre peso, pero pueden subir en probabilidad con peso adicional. Yo entiendo que mucho del éxito del programa dependerá en mis esfuerzos y que no hay garantías que el programa de pérdida de peso funcione. También entiendo que obesidad puede ser una condición crónica que puede requerir cambios en mis hábitos alimenticios y comportamiento de estilo de vida para ser tratado con éxito. He leído and entiendo completamente este formulario de consentimiento. Yo entiendo que no debiera firma esta formulario si todos los puntos no me han sido explicados y mis preguntas no han sido contestadas a mi satisfacción. Si tienes preguntas de cualquier riesgo del tratamiento, por favor pregúntale al doctor antes de firmar este formulario de consentimiento.

Paciente: _____

Fecha: _____