



13000 Harbor Center Drive, #202, Woodbridge, VA, 22192  
Teléfono: 703-955-5355 Fax: 703-955-5348

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PROGRAMA DE OBESIDAD

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo OPTIMAL SLEEP AND WEIGHT LOSS CLINIC y los proveedores de atención médica asociados, para ayudarme en mis esfuerzos para reducir el peso. Entiendo que mi programa puede consistir en una dieta, aumento de actividad física, instrucción sobre modificación de conducta y el uso de medicamentos contra la obesidad.

Entiendo que cualquier tratamiento médico puede implicar riesgos además de beneficios. También entiendo que existen ciertos riesgos para la salud asociados con el exceso de peso o la obesidad. Los riesgos asociados con los programas de control de la obesidad suelen ser temporales, reversibles y pueden incluir, entre otros, nerviosismo, insomnio, dolores de cabeza, anomalías electrolíticas, boca seca, trastornos gastrointestinales, debilidad, fatiga, pancreatitis, problemas psicológicos, cálculos biliares, presión arterial alta, latidos rápidos o lentos del corazón y otras irregularidades del corazón, y riesgo de recuperar peso. Estos y otros posibles riesgos podrían, en ocasiones, ser graves o incluso mortales. Los riesgos asociados con la obesidad pueden incluir, entre otros: presión arterial alta; diabetes; infarto de miocardio; cardiopatía; cáncer; artritis de las articulaciones, incluyendo caderas, rodillas, pies y espalda; apnea del sueño; y muerte súbita. Entiendo que estos riesgos pueden aumentar con el aumento de peso adicional.

Entiendo que, con mi consentimiento, algunos medicamentos se usarán de forma no autorizada para tratar la obesidad (lo que significa que se usarán para fines diferentes a su uso primario indicado. Por ejemplo, los medicamentos que se usan principalmente para tratar la diabetes se pueden usar de forma no autorizada para tratar el peso). pérdida de peso si se ha demostrado que tienen beneficios para la pérdida de peso).

Entiendo que gran parte del éxito del programa dependerá de mis esfuerzos y que no hay garantías de que mi plan tenga éxito. También entiendo que la obesidad es una afección crónica de por vida que requerirá cambios permanentes en los hábitos alimenticios, el nivel de actividad y el comportamiento para que sea eficaz.

He leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento y se me ha explicado completamente. Mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (impreso)

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

*(o firma de la persona con autoridad para dar consentimiento para el paciente)*