

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD/SUEÑO MEDICAMENTOS CONTROLADOS

Marque todo lo que corresponda:

MEDICINA PARA DORMIR

MEDICINA PARA LA PÉRDIDA DE PESO

NOTA: FIRMAR ESTE FORMULARIO NO GARANTIZA QUE SU(S) PROVEEDOR(ES) EN LA CLÍNICA OPTIMAL SUEÑO Y PÉRDIDA DE PESO ENCUENTREN QUE USTED ES UN CANDIDATO APROPIADO PARA MEDICAMENTOS ANTI-OBESIDAD/SUEÑO/VIGILIA/ESTIMULANTES, SINO SOLO QUE USTED HA LEÍDO, ENTENDIDO, Y ACEPTO LOS TÉRMINOS DE USO DE MEDICAMENTOS EN CASO DE QUE USTED Y LOS PROVEEDORES DE LA CLÍNICA DE PÉRDIDA DE PESO Y SUEÑO OPTIMAL DECIDAN SU USO AHORA O EN EL FUTURO.

Algunos medicamentos contra la obesidad y para dormir/vigilia se consideran “medicamentos controlados”. Por ley, un medicamento controlado solo puede recetarse en un centro a la vez; por lo tanto, acepto que solo el proveedor de OPTIMAL SLEEP AND WEIGHT LOSS CLINIC me recetará medicamentos contra la obesidad/sueño/vigilia/estimulantes. Acepto que es mi responsabilidad informar a mi(s) proveedor(es) en la CLÍNICA OPTIMAL PARA LA PÉRDIDA DE PESO Y EL SUEÑO y cualquier otro proveedor de quien reciba tratamiento de todos los medicamentos que me hayan recetado. **Entiendo que el uso de medicamentos contra la obesidad/sueño/vigilia/estimulantes está contraindicado con ciertos antecedentes médicos, alergias u otro uso de medicamentos.**

Acepto que seré honesto al divulgar esta información y notificaré a mi(s) proveedor(es) en la CLÍNICA DE SUEÑO ÓPTIMO Y PÉRDIDA DE PESO de cualquier cambio en mi historial médico o uso de medicamentos. Entiendo que no hacerlo puede ser peligroso para mi salud.

Estoy de acuerdo en tomar el medicamento solo según lo prescrito y dirigido. Entiendo que tomar medicamentos de otra manera que no sea la indicada y recetada podría afectar mi salud y ser peligroso. Además, estoy de acuerdo con la detección aleatoria de drogas en la orina si es necesario.

Entiendo que el uso de algunos medicamentos considerados sustancias controladas más allá de las 12 semanas se considera “fuera de etiqueta” o no está aprobado inicialmente por la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA). Entiendo que mi(s) proveedor(es) trabajarán conmigo y, en ocasiones, elegirán o elegirán, cuando se indique, usar una sustancia controlada durante períodos de tiempo más prolongados según se considere apropiado para mi tratamiento individual.

Entiendo que debo informar cualquier efecto secundario o reacción adversa de mis medicamentos a mi(s) proveedor(es) en la CLÍNICA OPTIMAL PARA EL SUEÑO Y LA PÉRDIDA DE PESO.

Para medicamentos para la obesidad: entiendo que es mi responsabilidad seguir las instrucciones cuidadosamente y que el propósito de este tratamiento es ayudarme en mi deseo de disminuir mi peso corporal para mejorar la salud y mantener la pérdida de peso. Entiendo que el propósito de los medicamentos para bajar de peso es que se usen como complemento de un programa que incluya nutrición y/o actividad física y/o modificación del comportamiento.

Entiendo que gran parte del éxito del programa dependerá de mis esfuerzos y que **NO HAY GARANTÍAS** en el tratamiento médico de la enfermedad de la obesidad. También entiendo que tendré que seguir controlando mi peso después de la pérdida de peso activa.



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

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD/SUEÑO MEDICAMENTOS CONTROLADOS

Firma del paciente: _____

Nombre del paciente (letra de imprenta): _____

Fecha: _____