

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PROGRAMA DE PÉRDIDA DE PESO

Yo, _____, autorizo a la Dr. Banzuela y asociados de salud, que me ayude en mis esfuerzos de reducción de peso. Entiendo que mi programa puede consistir en una dieta equilibrada y con déficit, un programa regular de ejercicios, instrucción en técnicas de modificación de la conducta y puede implicar el uso de medicamentos contra la obesidad. Otras opciones de tratamiento pueden incluir una dieta muy baja en calorías o una dieta suplementada con proteína. Entiendo que si se utilizan fármacos, se han utilizado con seguridad y con éxito en prácticas médicas privadas con especialistas en medicina obesidad experimentada, así como en centros académicos por períodos superiores a los recomendados en el producto de literatura.

Entiendo que cualquier tratamiento médico puede implicar riesgos como los beneficios propuestos. También entiendo que hay ciertos riesgos de salud asociados con el exceso de peso u obesidad. Los riesgos de este programa son generalmente temporales, reversibles y pueden incluir pero no están limitados a nerviosismo, insomnio, dolores de cabeza, anomalías electrolíticas, boca seca, trastornos gastrointestinales, debilidad, fatiga, pancreatitis, problemas psicológicos, cálculos biliares, hipertensión arterial, enlentecimiento del latido del corazón y las irregularidades del corazón y riesgo de aumentar de peso. Estos y otros posibles riesgos podrían, en ocasiones, ser graves o incluso mortales. Los riesgos asociados con sobrepeso restante son presión arterial alta, diabetes, ataque al corazón y enfermedades del corazón, artritis de las articulaciones, incluyendo caderas, rodillas, pies y espalda, apnea del sueño y muerte súbita. Entiendo que estos riesgos pueden ser modestos si no estoy con mucho sobrepeso, pero aumentará con el aumento de peso adicional en el tiempo.

Entiendo que gran parte del éxito del programa dependerá de mis esfuerzos y que no hay ninguna garantía de que el programa tenga éxito. También entiendo que la obesidad es una afección crónica de por vida que puede requerir cambios en hábitos alimentarios y cambios permanentes en el comportamiento a ser tratados con éxito.

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

Nombre del paciente (impreso)

Testigo

Firma del paciente
(o firma de la persona con autoridad para dar su consentimiento para el paciente)

Fecha