

Physicians Weight Clinic

Especializacion en Perdida de Peso

Exito que usted puede medir

Gracias por el interes en nuestro programa. Hemos estado ofreciendo servicios medicos de la perdida de peso por mas de 20 anos con excelente y confiables resultados. Nuestro folleto le dara toda la informacion sobre lo que nuestro programa ofrece. La visita inicial requiere una cita con nuestro medico para un fisico general y una revision de todo el historial medico. Nuestro programa tambien requiere unos analisis de sangre, si ha tenido analisis en este ultimo ano puede requerirle una copia a su doctor.

La primera visita incluye la comprobacion, orientacion, libro del paciente, la vitamina B-12 y los medicamentos. Por la primera visita son \$55. Despues de la primera cita inicial usted viene a nuestra oficina una vez por semana para ver a nuestra enfermera. Usted puede venir cuando mas le convenga entre las horas que estamos abiertos. Su visita semanal incluye: ayuda de nuestras enfermeras, revision de su perdida de peso, cualquier pregunta que tenga sobre la dieta, y si es necesario, su precion, una inyeccion de vitamina B-12 y su medicamento para controlar el apetito para una semana. Los medicamentos que utilizamos ayudan a disminuir el apetito y tambien para acelerar su metabolismo y ayuda con esos antojitos de dulce y panes. Esto nos ayudara a seguir de cerca su perdida de peso, mientras usted se siente bien, con mucha energia y satisfecamente sin hambre. El costo para la visita semanal es \$35 esto incluye su consulta con la enfermera, su vitamina B-12 , y sus medicamentos para la semana.

No hay contratos, alimentos especiales o productos para comprar,. Nosotros queremos que usted continue y que usted este feliz con sus resultados, satisfecho con su perdida de peso y que usted tenga la confianza en nuestra ayuda medica con una larga trayectoria de experiencia. No solo estamos enfocados en la perdida de peso pero tambien en el mantenimiento de su peso desiado con consultas una ves por mes, y apoyo para seguir su nueva saludable forma de vivir!

Sinceramente,

The staff of Physicians Weight Clinic

Recuerde que “Nada sabe tan bueno como estar delgado se siente!”

Llame hoy para su cita! Oficina de Elk Grove (916) 686-8048

Oficina de Lodi (209) 333-3750

Physicians Weight Clinic, Inc.

Datos Personales

Fecha:		
Nombre:		
Fecha de Nacimiento:	Sexo: M F	Edad:
Direccion:		
Ciudad, Estado & Código Postal:		
Numero de telefono de Casa:		
Cell:		
Trabajo:		
Por favor, ponga una marca de verificación junto al teléfono # que lo mejor sería llegar a usted o dejar un mensaje.		
Email:		
Recomendado Por:		
Ocupacion:		
Empleado Por:		
Como escucho sobre la clínica?		

Información Importante del Tratamiento

Por favor lea e inicie cada artículo numerado a continuación

____ 1. Tengo entendido que sólo tengo que tomar la dosis prescrita del medicamento oral y no dar el medicamento a otra persona.

____ 2. Notificará esta oficina de cualquier y todos los cambios de mas recetas y sobre los medicamentos que tomo, incluyendo fuerza y dosis exacta.

____ 3. Notificara esta oficina cuando tenga un nuevo diagnóstico o un nuevo problema médico y si estoy recibiendo tratamiento por otras oficinas médicas. Esto incluye los trastornos psiquiátricos o emocionales así como de cualquier medicamento nuevo cuando sea prescrito en otros lugares.

____ 4. Entiendo que recibiré un examen médico en Physicians Weight Clinic con el único propósito del programa de pérdida de peso. Todas las directivas y tratamientos no deben considerarse como atención de un médico de atención primaria personal.

____ 5. Los reglamentos federales requieren empaque de medicamentos en contenedores resistentes a los niños si se presentan para evitar la ingestión accidental de los niños.

____ 6. Entiendo que todas las inyecciones tienen riesgo inherente que puede incluir, pero no limitarse a, moretones, sangrado, infección, reacción del sitio de inyección y la reacción alérgica.

Firma Del Paciente: _____ He leído, entendido, aceptado e iniciado todos artículos numerados.

Nombre Del Paciente: _____ Fecha: _____

Posibles Contraindicaciones Programa

Por Favor marque sus respuestas a estas preguntas y luego firme abajo.

Esta usted embarazada, amamantando, o planeando un embarazo próximamente? Sí No
(Medicamentos para suprimir el apetito no se deben tomar durante el embarazo, o mientras esta amamantando, O tratando de concevir, ya que los riesgos para el feto y la fertilidad son aun desconocidos, pero sabemos que son potencialmente serios o mortales. Reacciones adversas pueden ocurrir a los pequeños que están siendo amamantados.)

Esta actualmente tomando: *Prozac, Paxil, Zoloft, Celexa, Effexor, Wellbutrin, Elavi, Cymbalta, Trazodone, Buspirone (Buspar), St John's Wort*, o cualquier otro tipo de antidepresivos? Sí No

Esta actualmente, tomando medicamento para la migraña tales como: Axert, Amerge, Imitrex, Imigran, o Zomig? Sí No

Esta usted actualmente, tomando: Nardil, Parnate, Marplan o Emsam (MAOI) Sí No

Tienen la presión alta y **sin controlar**, o **sin tratamiento**? Sí No

A tenido problemas cardiacos, Cirugia a Corazon abierto, O problemas con las válvulas? Sí No

Otros tipo de problemas cardiacos como: Marcapaso, Desfibrilador, Arritmia Sí No

Antecedentes de: Paro cardiaco, Accidentes Cerebrovasculares? Sí No

Antecedentes de: problemas con las arterias periferales vasculares? Sí No

Antecedentes de: Enfermedades renales (riñones), o hepáticas (hígado) avanzadas? Sí No

Antecedentes de: Enfermedades tiroides? Sí No

Alguna vez a recibido, o está recibiendo actualmente tratamiento para la adicción a las drogas? Sí No

Eres alérgico(a) o alguna vez has tenido una reacción adversa a drogas estimulantes? Sí No

Si su respuesta es si a cualquiera de las consideraciones anteriores, informar a la oficina antes de programar cita inicial.

Nombre

Firma

fecha

Physicians Weight Clinic, Inc.

Cuestionario Medico

Esta historia clínica y examen físico son para nuestros propósitos en Physicians Weight Clínica, Inc. y en ninguna manera reemplazan su cuidado y exámenes con su proveedor de atención médica.

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ Altura: _____

Escriba por favor **TODAS LAS** alergias a drogas recetadas, y no recetadas, incluya medicamentos herbales: _____

Escriba todos los medicamentos y la dosis que está tomando, incluyendo medicamentos con, o sin receta, o herbales: _____

Escriba todos los medicamentos de dieta que ha utilizado: _____

Tiene cualquier historia de:

Enfermedades cardíacas / de cualquier tipo Si / No	Falta de aliento (aunque no haga esfuerzo) Si / No
Latidos Enfermedades del corazón o problemas (de cualquier tipo) Si / No	Alcoholismo o Abuso de drogas Si / No
Problemas irregulares del Corazón/palpitaciones/ dolor en el pecho Si / No	Colesterol alto Si / No
Latidos irregulares del Corazón/palpitaciones/ dolor en el pecho Si / No	Ataque al Corazón Si / No
Presión arterial alta Si / No	Ataques de depresión, ansiedad o pánico Si / No
Soplo cardíaco o prolapso de la válvula mitral Si / No	Dolores de cabeza o migrañas Si / No
Anorexia, Bulimia u otros tipo de desorden alimenticio Si / No	Glaucoma Si / No
Sensibilidad a drogas estimulantes Si / No	Problemas de Tiroides Si / No
Diabetes: I, II o Gestacional Si / No	Convulsiones o Epilepsia Si / No
Pueda positivo de la TB / tratamiento para la TB Si / No	Enfermedad Hepática (del hígado), Ictericia Si / No
Enfermedad pulmonar: EPOC, Asma, Enfisema Si / No	Piedras en la Vesícula Si / No
Enfermedad de la arterial periférica Si / No	Escarlatina o fiebre reumática Si / No
Historia clínica de Cáncer Si / No	
Enfermedad de la sangre: anemia, Coágulos de sangre, Drepanocitosis, Problemas de sangrado Si / No	
Problemas digestivos: SCI, Estreñimiento crónico, Diarrea, Reflujo de ácido, Divertículos, Ulceras Si / No	
Está embarazada o dando pecho Si / No	

Fecha de su último período menstruación / menopausia: _____

Cuál es su actual método anticonceptivo: _____

Tiene familia con antecedentes clínicos de: enfermedades cardíacas, presión arterial alta, ataques al Corazón o diabetes? Si la respuesta es sí escriba la relación familiar y a qué edad fueron diagnosticados: _____

Hay cualquier otra información adicional con respecto a su historia clínica que le gustaría compartir: _____

"Declaro a lo mejor de mi conocimiento que esta información es verdadera y completa. Estoy de acuerdo con que los proveedores de Physicians Weight Clínica, Inc. crean que es verdad y deberán confiar y actuar sobre ella en la toma de decisiones médicas sobre mi tratamiento de la pérdida de peso."

Firma Del Paciente: _____ Fecha: _____

Physicians Weight Clinic reviewer signature: _____ Date: _____

Aviso HIPAA de prácticas de privacidad

Forma en que se puede utilizar su información de salud:

A proporcionar tratamiento

Nosotros usaremos su información de salud en nuestra oficina para darle la mejor atención médica posible. Esto puede incluir procedimientos de la oficina de clínicas diseñadas para optimizar la atención entre el médico asistente, enfermera de práctica, y personal de la oficina. Además, nosotros podemos compartir su información de salud con la referencia de médicos, clínicos y Patología laboratorios, farmacias o otro personal médico proporcionar tratamiento.

LAS OPERACIONES DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE CONDUCTA

Su salud e información puede utilizarse para entrenar a nuestro empleados. Algunos de nuestros mejores oportunidades de enseñanza utilizan situaciones clínicas experimentadas por pacientes que reciben atención en nuestra Oficina. Como resultado, se puede incluir información sobre la salud en el curso de formación para estudiantes, pasantes, socios y empleados clínicos y de empresas. También es posible que la información sobre su salud se consignarse durante auditorías por las compañías de seguros o de Gobierno designado organismos como parte de sus exámenes de garantía y el cumplimiento de calidad. La información de salud puede ser revisada durante los procesos de rutinas de certificación, licencia o actividades de acreditación.

AVISOS DEL PACIENTES

Porque creemos que atención regular es muy importante para la salud general, le vamos a recordar de citas programadas o que ya es hora de ponerse en contacto con nosotros y hacer una cita. Además, podemos informarle de las opciones de tratamiento o servicios que pueden ser de interés para usted o su familia. Estas comunicaciones son una parte importante de nuestra filosofía de la asociación con nuestros pacientes para asegurarse de que reciban la mejor atención. Pueden incluir cartas, avisos de teléfono, o el correo de voz con respecto a laboratorios o citas futuras. Por favor, asegúrese de que la recepcionista tiene la información correcta de contacto para asegurar la precisión y su privacidad.

DE APLICACIÓN DEL DERECHO

Como permitido o requerido por la ley estatal o federal, podemos revelar su información de salud a un funcionario de aplicación de ley para ciertos propósitos de aplicación ley, incluyendo, en determinadas circunstancias limitadas, si eres una víctima de un delito o para informar de un delito.

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O REVELAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

En distinto mencionados o donde leyes Federales o del Estado de local, nos exige, no revelará su información de salud que con su autorización por escrito. Usted puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento.

He leído y entiendo la información anterior.

Firma: _____

Fecha: _____