

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre _____ fecha de nacimiento _____

Hombre Mujer Licencia de Conducir del Estado y Número: _____

Dirección _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Número de Telefono: _____ Correo Electrónico: _____

Número de Celular: _____

Toda información será confidencial y solo utilizada para comunicarnos con usted. Nos gustaría tener su correo electrónico para recordarle de citas y promociones

Número de Trabajo: _____

Donde Trabaja? _____ Ocupación _____

Cómo se enteró de Physician's Plan? Internet Televisión Facebook

Familiar/Amigo _____ Otro _____

HISTORIAL MEDICO

¿Cómo calificaría su salud en general? Excelente Buena Más o Menos Mala

¿Está tomando algún medicamento (incluyendo anticonceptivos) ? Nombre y dosis _____

¿Es alérgico a algún medicamento? _____

¿Ha estado gravemente enfermo en los últimos 10 años? _____

¿Tiene algún problema de salud crónica? _____

¿Está bajo el cuidado de un médico? No Sí... Nombre del médico? _____

¿Fecha del último examen físico? _____ ¿Le ha aconsejado su médico bajar de peso? Si No

¿Sabe su médico que usted es un paciente aquí? Si No ¿Podemos ponernos en contacto con su médico? Si No

¿Tiene algunas preocupaciones /complicaciones de salud que se ve afectados por su peso?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón | <input type="checkbox"/> problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Lesiones _____ |
| <input type="checkbox"/> presión alta | <input type="checkbox"/> apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Fuma? hace cuánto tiempo y paquetes por día _____

¿Bebe alcohol? En caso, ¿qué tipo y bebidas por semana? _____

¿Alguna vez ha tomado " medicamentos de dieta recetado " antes? En caso, Nombre _____

¿Alguna vez ha tomado medicamentos para adelgazar? En caso, Nombre _____

¿Tiene algún miembro de la familia que tenga sobrepeso u obesidad ?

- | | | | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Esposo | <input type="checkbox"/> Niño's
(Edad _____) | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermanos
(# _____) | <input type="checkbox"/> Otros |
|---------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|

Sólo para mujeres:

¿Tienes un ginecólogo? No Si ¿Nombre del médico? _____

¿Fecha del último examen de rutina? _____ ¿le ha aconsejado su ginecólogo que baje de peso? Si No

¿Su ginecólogo sabe que usted es un paciente aquí? Si No ¿Podemos ponernos en contacto con su ginecólogo? Si No

¿Está usted embarazada o amamantando? Si No ¿Fecha de la última menstruación? _____

Yo entiendo que soy responsable por el pago cuando se prestan los servicios. He proporcionado toda la información a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Physician's Plan

WEIGHT LOSS+WELLNESS



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO Y RECONOCIMIENTO DE RECIBIR INFORMACIÓN

Este consentimiento sirve como confirmación de que Physician's Plan one to one weight loss & wellness ha discutido la naturaleza y la finalidad de su tratamiento médico, los riesgos que pueden estar asociados, y que Physician's Plan ha respondido a todas sus preguntas de manera satisfactoria.

Por favor, lea cuidadosamente y completar este formulario. Si usted no entiende alguna parte de este formulario, por favor pregunte y estaremos encantados de explicar cualquier información y / o preguntas.

1. Yo autorizo y directo A Physician's Plan con los asistentes de su elección, para llevar a cabo sobre _____ el tratamiento médico siguiente.

(NOMBRE DEL PACIENTE)

2. Physician's Plan combina el asesoramiento nutricional y la educación con el uso de medicamentos recetados para ayudar en la supresión del apetito
3. Algunos de los riesgos reportados conocidos por estar asociados con el uso de estos medicamentos incluyen , pero no se limitan a:
 - A) Insomnio
 - B) Náuseas, otros síntomas gastrointestinales
 - C) Los dolores de cabeza
 - D) Sequedad de boca
 - E) la hipertensión pulmonar primaria (efecto secundario muy raro)

He sido informado de la probabilidad de ocurrencia de cada uno de los riesgos anteriores como el resultado de tomar estos medicamentos.

Declaro que he leído y entendido este consentimiento. Todas las preguntas sobre el programa de tratamiento han sido respondidas de manera satisfactoria, y todos los espacios en blanco se llena de antes de mi firma.

Este consentimiento es válido hasta que sea revocada por escrito .

Firma del Paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Entiendo que fotografías se tomarán con el fin de documentar la eficacia y los resultados del programa. Estoy de acuerdo en permitir que alguna de las imágenes tomadas para ser utilizado con fines testimoniales con el conocimiento de que mi identidad se mantendrá en privado.

Firma del Paciente: _____ Fecha de hoy: _____



Cancelaciones/ no presentarse a la cita

Physician's Plan requiere al menos un aviso de 24 horas para cancelar una cita programada. Entendemos que en ocasiones pueden surgir casos que no permiten un aviso completo de 24 horas para cancelar una cita, sin embargo, aún continuamos a requerir una notificación previa a la hora de la cita programada para evitar que cobren una tarifa ..

En el caso de que una cita sea olvidada y sin notificación previa , (ya sea cancelado o reprogramado) se le cobrará \$ 25.00 en la próxima visita.

Política de vencimiento

Todos los productos y servicios expirarán un año después de la fecha de compra

Yo (nombre) _____, he leído lo anterior sobre la póliza Cancelaciones/ no presentarse a la cita de Physician's Plan. Entiendo perfectamente que me cobrarán \$ 25.00 al regresar. También entiendo que esta política se aplica estrictamente.

Firma del Paciente:

Fecha de hoy: