



Jeff Blixt DO, Inc.
1715 N. Weber Street
Suite 260
Colorado Springs, CO 80907

Nuevo formulario de admisión del paciente

Nombre completo del: _____

Dirección: _____ Número de departamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico: _____
(Solo para recordatorios de citas)

Consentimiento para mensajes de voz / texto
(solo para recordatorios de citas)

No consienta la voz / mensajes de texto

Nuestra oficina se preocupa por la privacidad de nuestros clientes y protegerá la confidencialidad de su información médica. Debido a las leyes estatales y federales actuales con respecto a la responsabilidad de nuestra oficina de proteger su información, puede solicitar una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Solo solicite una copia a nuestra recepción.

Firma: _____ Fecha: _____

Al firmar en la línea anterior, acepta recibir una notificación de que nuestra oficina tiene una política de privacidad y se le ha permitido una copia de estas políticas. Si tiene alguna pregunta sobre nuestras políticas, consulte al personal de nuestra oficina.



Jeff Blixt DO, Inc.
1715 N. Weber Street
Suite 260
Colorado Springs, CO 80907

Estimado cliente,

Fecha: _____

Nuestra oficina ha adoptado una política que requiere que el personal de mi oficina obtenga una autorización de usted para que podamos contactarlo con respecto a citas, resultados de exámenes e información de cuenta. En un esfuerzo por proteger su privacidad y seguir las pautas federales, complete la siguiente información:

Yo, _____ (nombre impreso), doy permiso para que el Dr. Blixt o el personal de su oficina dejen un mensaje telefónico con respecto a mi atención médica / información de cuenta. Entiendo completamente que este consentimiento seguirá siendo válido a menos que lo revoque por escrito.

¿Dónde podemos dejar un mensaje para ti?

Teléfono de la casa: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____

¿Hay alguien más con quien podamos dejar esta información en su nombre?

Cónyuge / pareja: en caso afirmativo, Nombre: _____
Número de teléfono: _____

Hijo: en caso afirmativo, Nombre: _____
Número de teléfono: _____

Otro: en caso afirmativo, Nombre: _____
Relación: _____
Número de teléfono: _____

Alguna instrucción especial?

Firma: _____ Fecha: _____



Jeff Blixt DO, Inc.
1715 N. Weber Street
Suite 260
Colorado Springs, CO 80907

Debido a la alta tasa de clientes que no se presentan a sus citas programadas, he encontrado que es necesario cobrar una tarifa de \$ 20.00 por estas citas perdidas. Si no puede hacer su cita, le solicitamos un aviso de su cancelación con 24 horas de anticipación. Entendemos que surgen circunstancias imprevistas. Sin embargo, aún necesitamos que llame lo antes posible. Los clientes que tengan 3 o más no presentaciones en un período de 12 meses serán despedidos.

Otra preocupación que tengo es que los clientes lleguen tarde a sus citas. Entiendo que algunos de ustedes conducen largas distancias. Desafortunadamente, cuando llega tarde a su cita, los clientes que llegan a tiempo no pueden ser vistos a la hora programada. Por lo tanto, si va a llegar tarde a su cita, notifique al personal de mi oficina al 719-896-4794. Es posible que se le informe que debe esperar hasta que podamos ingresarlo, o es posible que deba ser reprogramado.

Entiendo la política del Dr. Blixt:

Firma: _____ Fecha: _____



Jeff Blixt DO, Inc.
1715 N. Weber Street
Suite 260
Colorado Springs, CO 80907

Formulario de admisión de pérdida de peso

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Médico de atención primaria: _____

Enumerar todos los medicamentos con dosis:

Alergias a medicamentos:
en caso afirmativo, reaccion?

Marque para indicar si alguna vez ha tenido las siguientes condiciones:

- Arritmia
- Artritis / Enfermedad degenerativa de las articulaciones
- Asma
- Cáncer
- Depresión
- Diabetes
- Problemas oculares
- Ataque cardíaco
- Hepatitis
- Enfermedad renal
- Presión arterial alta
- Sueño Apnea
- Accidente cerebrovascular
- Problemas de tiroides

Tiene ciclos menstruales regulares?:
en caso negativo, explique:

Indique cualquier cirugía mayor o estadía en el hospital. que ha tenido y su fecha / año aproximado:

si tiene algún otro problema médico o lesiones graves que no figuran en la lista anterior, descríbalos aquí?:



Jeff Blixt DO, Inc.
1715 N. Weber Street
Suite 260
Colorado Springs, CO 80907

Cuándo fue su último examen físico ? : _____

Por favor, especifique cualquier miembro de familia que tienen sobrepeso ?:

tenga cualquier pariente consanguíneo vez ha tenido alguna de la siguiente ?:

Asma
Epilepsia
Diabetes
Enfermedad del corazón/ Accidente cerebrovascular
Presión arterial alta
renal Enfermedades
obesidad
Trastorno psiquiátrico
Tuberculosis

Cualquier información adicional antecedentes familiares que desea compartir:

Presente Peso: _____

Altura: (sin zapatos) _____

Peso deseado: _____

En qué período de tiempo le gustaría tener el peso deseado?

Al nacer: _____

Peso a los 20 años de edad: _____

Peso hace un año: _____

Cuál es el razón principal de su decisión de perder peso?:

Cuándo comenzó a aumentar de peso? :(Exponga las razones, si las conoce):

Cuál fue la Cuál ha sido su peso máximo de por vida (no embarazada) y cuándo?:



Jeff Blixt DO, Inc.
1715 N. Weber Street
Suite 260
Colorado Springs, CO 80907

Dietas anteriores seguidas en el pasado. Indique las fechas y los resultados de su pérdida de peso:

Medicamentos anteriores (recetados) o suplementos (de venta libre) tomados para bajar de peso: Indique las fechas y cualquier efecto secundario:

Fuma o usa productos de tabaco ?:
Fumador anterior?:

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?:
En caso afirmativo, hace cuanto tiempo?:

Con qué frecuencia toma una bebida que contiene alcohol?:
Cuántas bebidas que contienen alcohol tiene en un día típico cuando está bebiendo?:

Cuando se encuentra en una situación estresante trabajo o la familia relacionados hacen comer más ? : Por favor, explique ?:

Qué cree que está siendo sometido actualmente a una situación estresante o un trastorno emocional ? : Por favor, explique ?:

Comes afuera?:
Qué restaurantes frecuentas?:
Planeas tus propias comidas y cocinan?:
Utiliza una lista de compras ?:
A qué hora del día y en qué día compra comestibles?:
Identifique los alimentos que anhela:

¿Toma café o té diariamente?	¿Cuánto? :
¿Toma refrescos ?:	¿Cuántos y con qué frecuencia ?:
¿Usa sustitutos del azúcar ?:	
¿Te despiertas durante la noche ?:	Si es así, comes?



Jeff Blixt DO, Inc.
1715 N. Weber Street
Suite 260
Colorado Springs, CO 80907

Cuál es tu peor hábito alimentario?

Cuáles son sus hábitos de merienda?: Cuánto? Cuándo ?:

Desayunas?:

En caso afirmativo, que?:

Qué es un almuerzo típico ? : Hora de comer, con quién, dónde?:

Qué es una cena típica? Tiempo de comer, con quién, dónde?:

Describe tu actividad nivel:

Describe su estilo de comportamiento:

Describe sus objetivos generales de salud y las mejoras que desea realizar: ¿

Estado civil:

niños ?:

En caso afirmativo, cuántos ?

Ocupación:



Jeff Blixt DO, Inc.
1715 N. Weber Street
Suite 260
Colorado Springs, CO 80907

**consentimiento informado del paciente para:
programa de pérdida de peso y supresor del apetito y / u otros uso de medicamentos**

I. Procedimientos y alternativas de:

1. Yo, _____ (cliente o tutor del cliente) autorizo al Dr. Jeff Blixt para que me ayude en mis esfuerzos de reducción de peso. Comprendo que mi tratamiento puede consistir en una dieta deficitaria equilibrada, un programa de ejercicio regular e instrucciones sobre técnicas de modificación de la conducta y puede implicar el uso de supresores del apetito y / u otros medicamentos. Además, entiendo que si se usan supresores del apetito y / u otros medicamentos, se pueden usar por períodos superiores a los recomendados en el prospecto del paquete de medicación. Y cuando se indique, en dosis más altas que la dosis indicada en el supresor del apetito y / o en otros medicamentos.
2. Entiendo que es mi responsabilidad seguir las instrucciones cuidadosamente e informar al Dr. Jeff Blixt, que me trata por mi peso, cualquier problema médico significativo que creo pueda estar relacionado con mi programa de control de peso tan pronto como sea razonablemente posible.
3. Entiendo que el propósito de este tratamiento es ayudarme en mi deseo de disminuir mi peso corporal y mantener esta pérdida. Entiendo que continuar recibiendo el supresor del apetito y / u otro medicamento dependerá de mi progreso en la reducción y pérdida de peso.
4. Entiendo que hay otras formas y programas que pueden ayudarme en mi deseo de disminuir mi peso corporal y mantener esta pérdida de peso sin utilizar medicamentos para perder peso.

II. Riesgo o tratamiento propuesto:

Entiendo que esta autorización se otorga con el conocimiento de que:

1. El uso de supresores del apetito por más de 12 semanas y en dosis más altas que las dosis indicadas en el etiquetado implica algunos riesgos y peligros. Los más comunes incluyen: nerviosismo, insomnio, dolores de cabeza, sequedad de boca, debilidad, cansancio, problemas psicológicos, alergias a medicamentos, presión arterial alta, latidos cardíacos rápidos e irregularidades cardíacas. Los riesgos menos comunes pero más graves son: hipertensión pulmonar primaria, cardiopatía valvular. Estos y otros posibles riesgos podrían, en ocasiones, ser graves o fatales.

He leído y entiendo la siguiente declaración de mi médico:



Jeff Blixt DO, Inc.
1715 N. Weber Street
Suite 260
Colorado Springs, CO 80907

Los medicamentos, incluidos los supresores del apetito, tienen un etiquetado elaborado entre los fabricantes del medicamento y la administración de alimentos y medicamentos. Este etiquetado contiene, entre otras cosas, sugerencias para usar este medicamento. Las sugerencias de etiquetado para suprimir el apetito generalmente se basan en estudios a corto plazo (hasta 12 semanas) utilizando las dosis indicadas.

Como médico bariátrico, he encontrado que los supresores del apetito son útiles durante períodos que superan las 12 semanas, y en ocasiones en dosis más grandes que las sugeridas en el etiquetado. Como médico, no estoy obligado a usar el medicamento como sugiere el etiquetado, pero lo uso como fuente de información junto con mi propia experiencia, la experiencia de mis colegas, estudios recientes a más largo plazo y recomendaciones de investigadores universitarios. En base a esto, he elegido, cuando está indicado, usar los supresores del apetito por períodos más largos de tiempo, y en ocasiones, en dosis más altas.

Tal uso no se ha estudiado sistemáticamente como lo sugerido en el etiquetado y es posible, como con la mayoría de los otros medicamentos, que pueda haber efectos secundarios graves (como se señaló anteriormente).

Como médico bariátrico, creo que la probabilidad de tales efectos secundarios se ve compensada por el beneficio del uso de supresores del apetito durante períodos más largos de tiempo cuando está indicado, en dosis aumentadas. Sin embargo, debe decidir si está dispuesto a aceptar los riesgos de los efectos secundarios, incluso si pueden ser graves, por la posible ayuda que pueda proporcionar el supresor del apetito de esta manera.

III. Riesgos asociados con el sobrepeso o la obesidad

Soy consciente de que existen ciertos riesgos asociados con el sobrepeso o la obesidad. Entre ellos se encuentran las tendencias a la hipertensión arterial, diabetes, ataque cardíaco, enfermedad cardíaca y artritis de las articulaciones, caderas, rodillas y pies. Entiendo que estos riesgos pueden ser modestos si no tengo mucho sobrepeso, pero que estos riesgos pueden aumentar significativamente cuanto más sobrepeso tenga.

IV. Sin garantía

Entiendo que gran parte del éxito del programa dependerá de mis esfuerzos y que no hay garantías ni garantías de que el programa sea exitoso. También entiendo que la obesidad puede ser una condición crónica de por vida que puede requerir cambios en los hábitos alimenticios y cambios permanentes en el comportamiento para ser tratados con éxito.



Jeff Blixt DO, Inc.
1715 N. Weber Street
Suite 260
Colorado Springs, CO 80907

V. Consentimiento del paciente

He Leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento y me doy cuenta de que no debo firmar este formulario si no se han explicado todos los elementos o si alguna pregunta que tengo sobre ellos no ha sido respondida a mi entera satisfacción. Me han instado a tomar todo el tiempo que necesito para leer y comprender este formulario, y para hablar con el Dr. Blixt sobre los riesgos asociados con el tratamiento propuesto y sobre otros tratamientos que no incluyen el supresor del apetito y / u otros medicamentos.

Nombre del cliente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

VI. Declaración del médico:

He explicado el contenido de este documento al cliente y he respondido todas las preguntas relacionadas con el cliente, y según mi leal saber y entender, siento que el cliente ha sido informado adecuadamente en relación con los beneficios y riesgos asociados con las terapias alternativas y los riesgos de continuar en un estado de sobrepeso. Después de haber sido informado adecuadamente, el cliente ha dado su consentimiento para la terapia con los supresores del apetito y / u otros medicamentos de la manera indicada anteriormente.

Firma de Jeff Blixt (médico): _____