**Información del Paciente**

Nombre**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dirección**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ciudad / Estado**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Código Postal **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Fecha de Nacimiento **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Número de Teléfono Celular**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ocupación**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Número de Teléfono de Casa**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Referido Por**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿Cómo se enteró de nosotros? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Contacto de Emergencia**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Relación **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Número de Teléfono **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Formulario de Historia Médica del Paciente

¿Tiene alguna enfermedad grave o lesiones?

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Mencione los medicamentos que actualmente este tomando:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Historia de abuso de sustancia:

**Si / No**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

BREA MEDICAL WEIGHT CONTROL

Alergia a alguna droga?

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ha tenido alguna

operación?

Razón/Tipo::\_\_\_\_\_\_\_**\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Otro:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿Has tomado medicamentos para bajar de peso antes? Sí/No

En caso afirmativo, ¿te molestan de alguna manera? Sí/No

¿Cómo?

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿Algún problema con su corazón o la presión arterial?

¿Tiene alguno de los siguientes? Marque todas las que aplican

* Antojos de dulces
* Antojos de pan
* Antojos de queso
* Antojos de sal
* Antojos soda
* Hambre de noche

¿Cuánta agua bebe al día? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Fuma cigarillos? Sí / No

¿Cuántos al día? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿Tiene hambre todo el tiempo? Sí / No

Actividad :\*Leve \*Moderado \*Bastante

**¿Sufre usted de alguno de los siguientes?**

Marque todas las que aplican

* Ansiedad
* Depresión
* Dolor en el pecho
* Indigestión
* Dolores de cabeza
* Vértigo
* Insomnio
* Fatiga fácil
* Calambre en las piernas
* Menstruaciones irregulares
* Desorden de alimentacion
* Dificultad para respirar
* Hinchazón de manos y pies
* Problemas de movimiento intestinal
* Problemas de presión arterial
* Glaucoma

¿Cuántas veces han intentado perder peso antes?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_**

¿Tienes problemas para perder peso? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿Retiene el agua? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Familia e Historia Clínica**

Circule uno

Órgano Femenino Problemas

Cáncer

Diabetes

Problemas de Riñón

Presión Arterial Alta

Presión Sanguínea Baja

Otras enfermedades importantes:

**Mujeress:**

¿Está Embarazada**?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿Está Lactando**? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**



Paciente comentarios:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Doctor's Comments:**

**Medical Check**

B/P**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Heart / Rhythm**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Weight**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Height **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Lungs**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Thyroid **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Other **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Head & Neck Diagnosis:**

 **H & L**

 **abd**

 **S & E**

 **Nenro**

Consentimiento del paciente: He leído y entendido lo anterior y acuerdo que el tratamiento administrado, incluye medicamentos para control de peso.

Aviso: Todos los pacientes pueden recibir medicamentos dispensados por Brea Medical Weight Control o recibir una receta médica a una farmacia de elección, por una tarifa. Si usted sospecha que está embarazada suspender la medicación. Las madres embarazadas o lactando no deben tomar este medicamento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente Fecha Nombre Impreso del Paciente

\*Si el paciente es menor de 18 años, un padre o tutor legal debe firmar arriba.

**ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO-PACIENTE**

Artículo l: **Acuerdo de arbitraje**: Se entiende que cualquier disputa relacionada con negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados en virtud de este contrato fueron innecesarios o no autorizados o fueron realizados de manera inadecuada, negligente o incompetente, se determinarán mediante sumisión al arbitraje según lo dispuesto por la ley de Arizona, y no mediante una demanda o recurrir a un proceso judicial, a menos que la ley de Arizona prevea la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al participar en él, renuncian a su derecho constitucional a que se decida en un tribunal ante un jurado y, en su lugar, aceptan el uso del arbitraje vinculante.

Artículo 2: **Todas las reclamaciones deben ser arbitradas**: Es la intención de las partes que este acuerdo cubra todas las reclamaciones o controversias existentes o subsiguientes, ya sea por agravio, contrato o de otro modo, y obligará a todas las partes cuyos reclamos puedan surgir de o en alguna forma que se relacionen con el tratamiento o servicios prestados o no por el médico, grupo o asociación médica, sus socios, asociados, asociaciones, corporaciones, empleados, agentes, clínicas y / o proveedores (en lo sucesivo denominados colectivamente como "Médico") a un paciente, incluyendo cualquier cónyuge o herederos del paciente y cualquier niño, ya sea nacido no nacido, en el momento del incidente que da lugar a cualquier reclamo. En el caso de una mujer embarazada, el término "paciente" significa tanto la madre como el hijo o hijos esperados de la madre.

La presentación por parte del médico de cualquier acción en cualquier tribunal por parte del médico para cobrar cualquier tarifa del paciente no deberá renunciar al derecho de exigir el arbitraje de cualquier demanda por negligencia médica. Sin embargo, después de la afirmación de cualquier reclamo contra un médico, incluida cualquier disputa sobre tarifas, sea o no el tema de alguna acción judicial existente, también se resolverá por arbitraje.

Artículo 3**: Procedimientos y ley aplicable**: un arbitraje de demanda debe ser comunicado por escrito por correo de los EE. UU., Con franqueo prepagado, a todas las partes, describiendo el reclamo contra el médico, la cantidad de daños solicitados y los nombres, direcciones y números de teléfono del paciente, y (si procede) su abogado. Posteriormente, las partes seleccionarán un árbitro que anteriormente fue un juez de la corte. Ambas partes acuerdan que el arbitraje se regirá de conformidad con los Estatutos Revisados ​​de Arizona (ARS) 12-1501-12-1518 y la Ley Federal de Arbitraje (9 US CI -4), y que tienen el derecho absoluto de arbitrar por separado las cuestiones de responsabilidad y daños por solicitud escrita al árbitro. Las partes correrán con sus propios costos, honorarios y gastos, junto con una parte prorrateada de los honorarios y gastos del árbitro neutral.

Artículo 4**: Revocación**: este acuerdo puede revocarse mediante una notificación por escrito entregada al médico dentro de los 30 días de la firma y si no se revoca, regirá todos los servicios médicos recibidos por el paciente.

 Artículo 5: **Disposición de divisibilidad**: en caso de que alguna de las disposiciones de este Contrato se declare nula y / o no ejecutable, dicha (s) disposición (es) se considerará separada del Acuerdo y se hará cumplir de conformidad con la ley federal y ley de Arizona.

 Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo. Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, SE COMPROMETE A QUE CUALQUIER PROBLEMA DE MALA PRACTICA MÉDICA SE DECIDIDA POR ARBITRAJE NEUTRAL Y USTED RENUNCIA A SU DERECHO A UN JUICIO POR JURADO O TRIBUNAL. VÉASE EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

By: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Physician or Duly Authorized Date Firma del Paciente Fecha

 Representative Signature

By: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Print or Stamp Name of Physician, Nombre Impreso del Paciente

 Medical Group or Association Name

By: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Signature of Translator Date Firma del Representante del Paciente Fecha

 (if applicable)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Print Name of Translator Nombre del Representante y Relación al paciente

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y ACUERDO DE SUSTANCIA CONTROLADA**

**Este aviso es efectivo el 1 de Junio de 2019.**

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revísalo con cuidado.

Estamos obligados por ley a proteger la información médica sobre usted.

La ley nos exige que protejamos la privacidad de su información médica y que lo identifique. Esta información médica puede ser información sobre la atención médica que le brindamos o el pago de la atención médica que le brindamos. También puede ser la información sobre su condición médica pasada, presente o futura. También estamos obligados por ley a proporcionarle nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad que explica nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica. Estamos legalmente obligados a seguir los términos del Aviso. En otras palabras, solo se nos permite usar y divulgar información médica de la manera que hemos descrito en el Aviso.

Podemos cambiar los términos del Aviso en el futuro. Nos reservamos el derecho de hacer cambios y hacer que el nuevo Aviso sea efectivo para toda la información médica que mantenemos.

Cualquier cambio se publicará en nuestro sitio web www.brea-weightcontrol.com y se puede poner a su disposición una copia llamando a nuestra oficina al (714)784-6327.

El Aviso de prácticas de privacidad explica cómo podemos usar y divulgar información médica, explica sus derechos con respecto a su información médica, describe cómo y dónde puede presentar una queja relacionada con la privacidad. Si en cualquier momento, tiene preguntas sobre la información en el Aviso o sobre nuestras políticas, procedimientos o prácticas de privacidad, puede comunicarse con BMWC al (714)784-6327.

PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED EN VARIAS CIRCUNSTANCIAS

**ACUERDO DE SUSTANCIA CONTROLADA**

Entiendo que los supresores del apetito recetados son sustancias controladas. Como tal, reconozco y acepto lo siguiente si me prescriben un supresor del apetito:

• No puedo compartir mi receta de sustancias controladas con nadie más.

• No puedo tomar los medicamentos supresores del apetito recetados a otra gente.

• No puedo obtener esta clase de medicamentos en más de una clínica al mismo tiempo.

• Este medicamento debe mantenerse siempre en el frasco original a prueba de niños y debe mantenerse alejado de los niños y animales para su protección.

• Debo perder un promedio de al menos 4 libras por mes para que los beneficios superen los riesgos de este medicamento y para que la receta medica / dispensación continue.

He leído el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD y acepto el ACUERDO DE SUSTANCIA CONTROLADA.

Además, reconozco que he recibido una copia de la Guía para la autoadministración de inyecciones intramusculares y que tendré la oportunidad de hacer más preguntas, si las hay, durante mi cita.

 Firma del paciente:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escriba el nombre del paciente y el nombre del tutor legal, si corresponde:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_