**Bottoms Down Weight Loss**

**6323 Memorial Hwy. D-1**

**Tampa, Fl. 33615**

**813-884-0900**

**813-884-0906 (fax)**

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

**Apellido Primer nombre Inicial**

**INFORMACION MEDICA GENERAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alergias a los medicamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Otros medicos que te tratan actualmente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Problemas medicos previos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cirugias anteriores: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Solo para mujeres: Estas embarazada o amamantando?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fumas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuantos anos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cuanto fumas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Bebes alcohol? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cuantas onzas/cervezas al dia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Bebes cafe? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cantas tazas al dia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HISTORIA FAMILIAR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Padre Madre Abuelos Hermanos Hijos**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Presion arterial alta** |  |  |  |  |  |
| **Epilepsia** |  |  |  |  |  |
| **Cancer** |  |  |  |  |  |
| **Eczema/Psoriasis** |  |  |  |  |  |
| **Ataque al corazon/Derrame cerebral** |  |  |  |  |  |
| **Diabetes** |  |  |  |  |  |
| **Asma** |  |  |  |  |  |
| **Fiebre del heno** |  |  |  |  |  |

**Bottoms Down Weight Loss**

**6323 Memorial Hwy. D-1**

**Tampa, Fl. 33615**

**813-884-0900**

**813-884-0906 (fax)**

**HISTORIAL MEDICO PERSONAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alguna vez has tenido alguno de los siguientes? Por favor responda con si o no. NO LO DEJES EN BLANCO**

**Dolor/presion/tension en el pecho\_\_\_\_\_\_ Sangre en las heces \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hipertension \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ataque al corazon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mareos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Derrame cerebra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cancer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dolores de cabeza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Glaucoma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Artitis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alergias o Eczema \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dificultad para oir \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Depresion \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anemia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Perdida de memoria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trastornos de la piel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hemorroides \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hepatitis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Enfermedad renal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cataratas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Falta de aire \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Problemas digestivos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tuberculosis/trastorno pulmonar \_\_\_\_\_\_\_ Infecciones urinarias frecuentes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ulceras \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INMUNIZACIONES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Ano passado recibido, si se conoce)**

**Viruela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tetaanos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tifoidea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Polio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Influenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Neumonia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Rubeola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hepatitis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BOTTOMS DOWN WEIGHT LOSS**

**6323 Memorial Hwy. Suite D-1**

**Tampa, FL 33615**

**Phone: 813-884-0900**

**Fax: 813-884-0906**

**PATIENT CONSENT FORM**

**Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizar al Dr. Celal Erbay y a quien él designe como su asistente, para que me ayuden en mis esfuerzos de pérdida de peso. Entiendo que mi programa puede consistir en una dieta equilibrada para el déficit, un programa de ejercicio regular, instrucción en técnicas de modificación de la conducta y puede implicar el uso de supresores del apetito.**

**Otras opciones de tratamiento pueden incluir una dieta muy baja en calorías o una dieta suplementada con proteínas. Además, entiendo que si se usan supresores del apetito, se pueden usar por períodos que excedan los recomendados en el prospecto del medicamento. Se me ha explicado que estos medicamentos se han utilizado de forma segura y exitosa en consultorios médicos privados, así como en centros académicos por períodos que exceden los recomendados en la literatura del producto.El medicamento que utilizamos es la fentermina. Las siguientes son precauciones antes de comenzar a tomar este medicamento:**

No use fentermina si ha usado un inhibidor de la MAO como furazolidona (Furoxone), isocarboxazida (Marplan), fenelzina (Nardil), rasagilina Azilect), selegilina (Eldepryl, Emsam, Zelapar) o tranilcipromina (Parnate) en los últimos 14 días. Podría producirse una interacción farmacológica peligrosa, lo que provocaría efectos secundarios graves.

No tome fentermina si está embarazada o está tratando de quedar embarazada.

Tomar fentermina junto con otros medicamentos para adelgazar como la fenfluramina (Phen-Fen) o la dexfenfluramina (Redux) puede causar un trastorno pulmonar mortal poco frecuente llamado hipertensión pulmonar. No tomes fentermina con ningún otro medicamento para adelgazar sin el consejo de tu médico.

No use fentermina si tiene arteriosclerosis avanzada (EAC), enfermedad cardiovascular sintomática (dolor en el pecho/angina de pecho), hipertensión moderada a grave, hipertiroidismo, hipersensibilidad conocida a las aminas simpaticomiméticas o glaucoma. No lo use si tiene antecedentes de estados de agitación o de abuso de drogas.

**Efectos secundarios**

**Al igual que con todos los medicamentos, la fentermina tiene el potencial de causar ciertos efectos secundarios. Los efectos secundarios más leves no ponen en peligro la vida e incluyen sequedad de boca, estreñimiento y dolores de cabeza. A veces también se reportan nerviosismo, insomnio (especialmente si se toma fentermina más tarde en el día) y diarrea. Los efectos secundarios graves o las reacciones alérgicas son muy raros, pero deben informarse al médico de inmediato; incluyen hinchazón de la boca/lengua, dolores en el pecho, hinchazón de las extremidades,, impotencia (hombres), comportamiento extraño o irracional y desmayos/"desmayos".**

**BOTTOMS DOWN WEIGHT LOSS**

**6323 Memorial Hwy. Suite D-1**

**Tampa, FL 33615**

**Phone: 813-884-0900**

**Fax: 813-884-0906**

**Entiendo que cualquier tratamiento médico puede implicar riesgos, así como los beneficios propuestos. También entiendo que existen ciertos riesgos para la salud asociados con el sobrepeso o la obesidad. Los riesgos de este programa pueden incluir, entre otros, nerviosismo, insomnio, dolores de cabeza, sequedad de boca, trastornos gastrointestinales, debilidad, problemas psicológicos, presión arterial alta, latidos cardíacos rápidos e irregularidades cardíacas. La pérdida rápida de peso puede aumentar el riesgo de cálculos biliares,** **que puede o no requerir cirugía.**

**Estos y otros posibles riesgos podrían, en ocasiones, ser graves o incluso fatales. Los riesgos asociados con el sobrepeso son la tendencia a tener presión arterial alta, diabetes, ataque cardíaco y/o enfermedades cardíacas, artritis de las articulaciones, incluidas las caderas, las rodillas, los pies y la espalda, apnea del sueño y muerte súbita.**

**Entiendo que estos riesgos pueden ser modestos si no tengo un sobrepeso significativo, pero aumentarán con el aumento de peso adicional.**

**He leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento, y soy consciente de que no debo firmar este formulario hasta que todas las preguntas que pueda tener hayan sido respondidas a mi entera satisfacción. No me han apurado y me han dado todo el tiempo que necesito para leer y entender este formulario.Si tiene alguna pregunta sobre los riesgos o peligros del tratamiento propuesto, o cualquier otra pregunta sobre el tratamiento propuesto u otros tratamientos posibles, consulte a su médico ahora antes de firmar este consentimiento.**

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

**Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BOTTOMS DOWN WEIGHT LOSS**

**6323 Memorial Hwy. Suite D-1**

**Tampa, FL 33615**

**Phone: 813-884-0900**

**Fax: 813-884-0906**

**501.0575 Declaracion de derechos del consumidor para la Perdida de peso**

**(1)  La declaracion de derechos del consumidor de Perdida de peso consistira en las siguientes disposiciones:**

(A)  Advertencia: La pérdida rápida de peso puede causar graves problemas de salud. La pérdida de peso rápida es la pérdida de peso de más de 1 1/2 libras a 2 libras por semana o la pérdida de peso de más del 1 por ciento del peso corporal por semana después de la segunda semana de participación en un programa de pérdida de peso.

(B)  Consulte a su médico personal antes de comenzar cualquier programa de pérdida de peso.

(C)  Solo los cambios permanentes en el estilo de vida, como elegir alimentos saludables y aumentar la actividad física, promueven la pérdida de peso a largo plazo.

(D)  Las calificaciones de este proveedor están disponibles a pedido.

(E)  Usted tiene derecho a:

1.  Haga preguntas sobre los posibles riesgos para la salud de este programa y su contenido nutricional, apoyo psicológico y componentes educativos.

2.  Recibir un estado de cuenta detallado del precio real o estimado del programa de pérdida de peso, incluidos productos adicionales, servicios, suplementos, exámenes y pruebas de laboratorio.

3.  Conocer la duración real o estimada del programa.

4.  Conozca el nombre, la dirección y las calificaciones del dietista o nutricionista que ha revisado y aprobado el programa de pérdida de peso de acuerdo con s.468.505 (1) (j) de los Estatutos de la Florida.

**HIPAA Formulario de información y consentimiento**

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) proporciona salvaguardas para proteger su privacidad. Hemos adoptado las siguientes políticas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial, excepto cuando sea necesario para proporcionar servicios o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se manejen adecuadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros proveedores de atención médica, laboratorios, pagadores de seguros de salud según sea necesario y apropiado para su atención. Los archivos de los pacientes pueden almacenarse en archivadores abiertos y no contendrán ningún código que identifique la condición o la información de un paciente. lo cual no es ya un asunto de dominio público. El curso normal de la prestación de atención significa que dichos registros pueden dejarse, al menos temporalmente, en áreas administrativas como la oficina principal, la sala de exámenes, etc.
2. Es política de esta oficina recordar a los pacientes sus citas. Podemos hacer esto por teléfono, correo electrónico, correo postal de EE. UU. o por cualquier medio conveniente para la práctica y / o según lo solicite usted. Es posible que le enviemos otras comunicaciones informándole de los cambios en la política de la oficina y de las nuevas tecnologías que puedan resultarle valiosas o informativas.
3. La práctica utiliza una serie de proveedores en la realización de negocios. Estos proveedores pueden tener acceso a la PHI, pero deben aceptar cumplir con las reglas de confidencialidad de HIPAA.
4. Usted comprende y acepta las inspecciones de la oficina y la revisión de documentos que pueden incluir PHI por parte de agencias gubernamentales o pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.
5. Usted acepta llevar cualquier inquietud o queja con respecto a la privacidad a la atención del gerente de la oficina o del médico.
6. Su información confidencial no se utilizará con fines de marketing o publicidad de productos, bienes o servicios.
7. Nos comprometemos a proporcionar a los pacientes acceso a sus registros de acuerdo con las leyes estatales y federales.
8. Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para servir mejor a las necesidades tanto de la práctica como del paciente. Usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso de su información médica protegida y a solicitar cambios en ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a modificar las políticas internas para que se ajusten a su solicitud. Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, A las \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por la presente doy mi consentimiento y reconozco mi acuerdo con los términos establecidos en este Formulario de consentimiento de HIPAA y cualquier cambio posterior en la política de la oficina. Entiendo que este consentimiento permanecerá Vigor a partir de este momento.

**\_DEMOGRAPHICS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Cell: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**apellido Nombre Inicial**

**Parte responsable( si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zip:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sex :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_ Seguridad social # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Comercial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cónyuge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Numero de la casa : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono de negocios:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Con quien Podemos compartir información sobre su cuenta? Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Con quien odiemos compartir los registros médicos? Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Relacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Quien es el responsable de esta cuenta? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Como te enteraste de nosotros? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FINANCIAL POLICY**

**Bottoms Down Weight Loss cree que parte de las buenas prácticas de atención médica es establecer y comunicar una política financiera a nuestros pacientes. Estamos dedicados a brindarle la mejor atención posible y queremos que comprenda completamente nuestra política financiera.**

**1. El PAGO:** Vence en el momento en que se prestan los servicios. Aceptaremos efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Es posible que le pidamos una copia de una tarjeta de identificación o licencia debido a los muchos casos de robo de identidad. (¡Por favor, no se ofenda!)

**2. Los CHEQUES DEVUELTOS:** incurrirán en un cargo por servicio de $25.00. Se le pedirá que traiga dinero en efectivo, fondos certificados o un giro postal para cubrir el monto del cheque más el cargo por servicio de $ 25.00 para pagar el saldo antes de recibir los servicios de nuestro personal o del médico. La suspensión de pagos constituye un incumplimiento de pago y está sujeta a la tarifa de $25.00 y a la acción de cobro.

**3. BONOS GROUPON O LIVING SOCIAL:** Una vez canjeados los bonos, deben utilizarse en un plazo de 60 días, a partir de la fecha de la primera visita. ¡Solo se permite UN cupón de Groupon or Living Social (incluido el trato interno) por paciente de por vida**!**

**4. PAGOS ANTICIPADOS**: Cualquier pago por adelantado realizado a su cuenta debe usarse dentro de los 90 días, a partir de la fecha de su última visita. Después de 90 días, todos los créditos restantes caducarán.

**5.** **PACIENTES QUE RETORNAN:** Cualquier paciente que regrese después de 90 días, pagará una tarifa de devolución de $ 69.00. Este cargo de $69.00 incluirá 1 semana de phentermine y 1 inyección de quemador de grasa.

**6.** **NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES:** Todas las ventas son definitivas. Revise atentamente su pedido antes de confirmar la compra. Todas las ventas se consideran definitivas. No ofrecemos reembolsos ni cambios de ningún producto o servicio.

**He leído y entiendo la política financiera de la práctica y acepto estar sujeto a sus términos.**

**También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados por la práctica de vez en cuando.**

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

Firma de la paciente (o garante, si corresponde)) Fecha

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

Nombre