



ALLURE Medical Weight Control and Wellness

Informed Consent for Treatment and Appetite Suppressants

Patient Name (Print): _____ **Date of Birth:** _____

Your success depends upon your commitment to fulfilling your obligations during treatment. You should be willing to:

1. Provide complete answers to questions about your health. List all prescription and over the counter medications.
2. Devote the time needed to complete and comply with the course of treatment as prescribed.
3. Attend the weekly office visits and follow your recommended caloric intakes and exercise regimen.
4. Obtain blood/diagnostic test which your M.D., N.P. or P.A. deem necessary during your treatment.
5. Advise the medical staff of ANY concerns, side effects, complaints, symptoms, or any questions regarding your health and your prescribed or over the counter medication.

Risks associated with being overweight:

Hypertension, Diabetes Mellitus, High Cholesterol, Asthma, Esophageal Reflux, Fatigue, Heart Attack, Stroke, Peripheral Vascular disease, Abnormal Cardiac Rhythms, Pulmonary Hypertension, Sleep Apnea, Arthritis and Polycystic Ovarian Syndrome

These risks/conditions may be reduced or eliminated with weight loss.

Common Side Effects of Phentermine and Phendimetrazine:

Fast, Irregular, pounding heartbeat (pulse), Insomnia, Excessive thirst, headaches, trouble breathing, dizziness, constipation, skin rash, unpleasant taste, drowsiness, Anxiety/Depression, Restlessness, Tremors, Impotence, Libido changes, Abdominal pain

Gallstones: Overweight people will develop Gallstones at a higher rate than Individuals at a normal weight. It is possible to have Gallstones and not know it. As your body weight and age increases, so does the risk of developing Gallstones. The risk is even higher for women taking Estrogen and smokers. Losing weight rapidly may increase the risk of developing Gallstones, increasing the size of potential stones and/or sludge within the Gallbladder. Symptoms include but are not limited to fever, nausea/vomiting and/or right upper quadrant abdominal pain. If you develop symptoms and know and or suspect that you may have gallstones, notify your Physician immediately. Gallbladder issues may require medications and surgical intervention and less commonly may be associated with more serious complications and death.

Pancreatitis: or inflammation of the Pancreas may be associated with Gallstones or sludge. As body weight and age increase, so does the chance of developing gallstones. These chances double for women, women using estrogen and smokers. Losing weight especially rapidly may increase the chance of gallstones or sludge and/or increase the size of existing stones within the gallbladder. Should symptoms develop (fever, nausea and right upper quadrant pain) or if you suspect that you have gallstones, let your medical provider know immediately. Gallbladder problems may require medications and or surgery to remove the gallbladder, and less commonly, may be associated with more serious complications or even death.

Pregnancy: I understand that Phentermine or Phendimetrazine should not be taken during pregnancy or breastfeeding, due to the chance of damage to the fetus/infant. This has been explained to me fully, and I am aware of the risk involved. **To the best of my knowledge, I am not pregnant at this time, nor do I plan to get pregnant during the time I am taking Phentermine/Phendimetrazine medication.** I am aware of the precautions that should be taken to avoid pregnancy while I am on medication, If I become pregnant, I will advise both the clinic and my OB/GYN immediately.

_____ **Initial**

Your Rights and Responsibility:

You may leave treatment at any time. You have a responsibility to notify the physician of any changes in your medical history, and to find another physician who is able to assume medical care for you after you leave treatment.

No Guarantees: I understand that much of the success of the program will depend on my efforts and the advice the medical staff will provide for me. There are no guarantees that the program will be successful. I also understand that I will have to continue watching my weight and maintaining my weight loss to be successful.

Appetite Suppressants

Phentermine and Phendimetrazine are approved by the Food and Drug Administration (FDA) as an appetite suppressant for the short term management of obesity. Medication will be prescribed for 12 weeks followed by a re-evaluation. The physician will determine the purpose of restarting a weight loss program.

Long Term Use: Additionally, an anorectic medication may be used for individuals that have shown previous benefit and not had adverse reactions (beneficial risk-to-benefit ratio) for the purpose of restarting a weight loss program, to lose weight that had been recently gained following a therapeutic loss of weight, or to maintain weight loss on a chronic basis even if the above criteria are no longer met.

Dispensing and Furnishing: Appetite suppressant or other weight loss related medication will be prescribed and dispensed within Dr.Stanford's office. I understand that I have a choice to obtain a prescription for appetite suppressant to use at ant pharmacy of my choice.

It is your responsibility to follow dosing instructions carefully and to report promptly any medical problem(s) that may be related to the medication or your weight control program. In general, medications will NOT be prescribed or refilled without an office visit. We reserve the right to refuse treatment for weight loss. Abuse of this policy can result in dismissal from the clinic.

My continuing to receive appetite suppressants will be dependent on my progress in weight reduction and weight maintenance

Drug Testing ... If you are drug tested as part of your employment or for another purpose, you may test positive for methamphetamine. If needed, you may be given a doctor's note to state you are taking a prescribed medication to aid weight loss

Alternatives: We offer Natural Appetite Suppressant for patients that do not qualify for Phentermine or Phendimetrazine due to pre-existing medical conditions.

Participant Signature: _____ **Date:** _____

I hereby certify that I have explained the nature, purpose, benefits, risks of, and alternatives to, the proposed program and have and have answered any questions posed by the patient. I believe the patient/relative/guardian fully understands what I have explained and answered.

Physician/Provider Signature: _____ **Date:** _____

Cuestionario De Historia De Salud

I.D Verified _____ Exp: _____

Todas las preguntas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y formaran parte del historial medico.

Nombre:(Apellido, Nombre, Inicial) _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____ Ciudad _____ Codigo Postal : _____

Telefono: _____ Celular: _____ Correo Electronico _____

Como se entero de nuestras instalaciones ? _____

Sufres Usted

Por favor marque Si/No

Anciedad	Si/No	Dolor De Pecho	Si/No	Hinchazon De Manos o Pies	Si/No
Depresion	Si/No	Dolor De Cabeza	Si/No	Calambres En Las Piernas	Si/No
Pensamientos Suicidas/Homicidas		Si/No		Mareo	Si/No
Insomnio	Si/No	Fatiga	Si/No	Dificultad Para Respirar	Si/No
Stres	Si/No	Estrenimiento	Si/No	Diarea	Si/No

Historial De Salud Personal

Cirurgias:	Enfermedad o Lesiones:	Medicacion(actualmente tomando)
Problemas de Corazon Presion Sanguinea	Alergias A Cualquier Medicamento?	Alergias?

Historial De Salud Familiar

Cancer	Si/No	Enfermedad Del Corazon	Si/No
Diabetes	Si/No	Enfermedad De Tiroides	Si/No
Alta Presion Sanguina	Si/No	Enfermedad de rinon	Si/No

Habitos De Salud E Informacion

Ejercicio: Ninguno/Leve/Regular	Toma Alcol Si/No Cuanto? Con Que Frecuencia?	Usas Tabaco? Si/No Cuantos cigaros Al Dia?
Tines Problemas Para Perder Peso?	Cuantas Veces has Intentado Perder Peso?	Drogas(Callegeras O Recreativas) Si/No Que Tipo? _____
Has Tomado Alguna Medicacion Para Perder Peso?		

Consentimiento del paciente: He leído y entiendo la anterior y por la presente estoy de acuerdo con el tratamiento que se administro incluida la medicacion para controlar el peso.

Firma: _____ Fecha: _____

Recibo de Aviso de Practicas de Privacidad

Por la presente reconozco que recibí una copia del aviso de David C. Standford M.D'S de Aviso de Practicas de Privacidad.

Ademas, reconozco que se publicara una copia del aviso actual en el area de recepcion, y que se ofrecera una copia de cualquier aviso modificado del Aviso de Practicas de Privacidad en cada cita.

Me gustaria recibir una copia de cualquier aviso modificado del Aviso de Practicas de Privacidad por correo electronico a:

Firma

Fecha

Imprimir Nombre

Telefono

Fecha De Nacimiento

Si no esta firmado pr el paciente, indique la relacion.

Marque uno:

Padre o Guardian

Tutor o curador de un paciente incompetente

Beneficiario o representante personal del paciente fallecido

Nombre del Paciente _____

ALLURE Medical Weight Control and Wellness

ACUERDO DE ARBITRAJE MEDICO-PACIENTE

Artículo 1. Acuerdo de arbitraje: Se conviene que cualquier disputa relativa a negligencia medica, es decir, a si cualquiera de los servicios medicos prestados bajo este contrato fueron innecesarios o no autorizados o llevados a cabo de manera impropia, negligente o incompleta, sea determinada por el sometimiento a arbitraje segun lo dispuesto por la ley de California, y no por medio de una demanda o el recurso a un procedimiento judicial salvo en lo que la ley de California dispone para la revision judicial de procedimientos arbitrales. Ambas partes, al celebrar este contrato, estan renunciando a su derecho constitucional a que dicha disputa sea decidida en un tribunal frente a un jurado y, en su lugar, estan aceptando el uso de arbitraje.

Artículo 2: Todas las reclamaciones deberan ser sometidas a arbitraje: Es la intencion de las partes que este acuerdo cubra todas las reclamaciones o controversias contractuales, extracontractuales a de cualquier otro tipo, y vinculara a todas las partes cuyas reclamaciones se deriven o se relacionen de cualquier forma con el tratamiento o los servmos prestados o no prestados al paciente par el medico, el grupo o asociacion medica, sus socios, asociados, asociaciones, corporaciones, entidades sociales, empleados, agentes, clinicas y lo proveedores identificado/s mas abajo (en adelante, agrupados bajo el nombre de "Medico"), incluido el tratamiento o los servicios prestados o no prestados a cualesquiera conyuges a herederos e hijos del paciente, nacidos o no nacidos, al tiempo de la aparicion de las hechos de las que se deriva la reclamacion. En el caso de una madre embarazada, el termino paciente en la presente designara tanto a la madre coma al futuro hijo o hijos.

El inicio par parte de un Medico de una accion ante un tribunal para el cobra de honorarios no significara la renuncia al derecho a exigir el sometimiento a arbitraje de cualquier reclamacion por negligencia. Sin embargo, tras la interposicion de una demanda contra el Medico, cualquier disputa par honorarios, este o no sujeta a un procedimiento judicial, tambien debera ser resuelta par arbitraje.

Artículo 3: Procedimiento y ley aplicable: Las peticiones de arbitraje deberan ser comunicadas por escrito a traves del correo postal, con el franqueo pagado, a todas las partes, describiendo la reclamacion contra el Medico, la indemnizacion por daiios y perjuicios que se pretende, y las nombres, direcciones y mimeros de telefono del paciente y, en su caso, de su abogado. Despues de eso, las partes seleccionaran un arbitro de equidad que haya sido previamente un juez de un tribunal de instancia superior del estado de California, para entienda en la causa. Ambas partes tendran el derecho de someter separadamente a arbitraje las temas de responsabilidad e indemnización por daiios y perjuicios a peticion escrita del arbitro. El paciente debera entablar sus reclamaciones con diligencia razonable, y el arbitraje se regira de acuerdo a los articulos 1280-1295 del Codigo de Procedimiento Civil (Code of Civil Procedure) y a la Ley Federal de Arbitraje (articulos 1 a 4 del Ttulo 9.⁰ del Codigo de los Estados Unidos). Las partes deberan pagar sus propios costos, honorarios y gastos, ademas de costear una parte proporcional de las honorarios y gastos del arbitro de equidad.

Artículo 4: Efecto retroactivo: El paciente tiene el proposito de que este acuerdo cubra todos los servicios prestados par el Medico no solo despues de la fecha de su firma (lo cual incluye, entre otros, el tratamiento de emergencia), sino tambien antes de que fuera firmado.

Artículo 5: Revocación: Este acuerdo puede ser revocado par notificación escrita entregada al Medico dentro de los 30 días que siguen a la firma y si no es revocado regira todos los servicios medicos recibidos par el paciente.

Artículo 6: Disposición de divisibilidad: En caso de que una o varias disposiciones de este acuerdo sea/n declarada/s nula/s y no exigible/s, tal disposicion o disposiciones debera/n considerarse nula/s al efecto y el resto del acuerdo sera exigible de acuerdo a las normas del estado de California.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo. Al firmar abajo, reconozco que he recibido una copia.

ADVERTENCIA: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED ESTA DE ACUERDO CON QUE CUALQUIER PROBLEMA DE NEGLIGENCIA MEDICA SEA DECIDIDO POR ARBITRAJE DE EQUIDAD Y ESTA RENUNCIANDO A SU DERECHO A UN JURADO O A UN PROCEDIMIENTO JUDICIAL. VEA EL ARTICULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Por: _____
Firma del Medico o del (Fecha)
Representante debidamente autorizado

Por: _____
Firma del paciente (Fecha)

Por: _____
Coloque el sello o escriba en letra de imprenta (Fecha)
El nombre del medico, grupo medico o asociacion

Por: _____
Escriba el nombre del paciente en letra de imprenta

Por: _____
Firma del traductor (si corresponde) (Fecha)

Por: _____
Firma del representante del paciente (si corresponde) (Fecha))

Escriba con letra de imprenta el nombre del traductor

Escriba con letra de imprenta el nombre y la relacion con el paciente

Una copia firmada de este documento debera ser entregada al paciente. El original sera archivado en el expediente medico del paciente



ALLURE Medical Weight Control & Wellness

Politica de reembolso

El Reembolso sera respetado solo por contracciones medicas validas. Estas contracciones deben ser documentadas por escrito por su medico de atencion u otro especialista medico en el que se encuentra actualmente bajo atencion. Este document debe presentarse en nuestra oficina a mas tardar de 30 dias desde la ultima compra de dichos medicamentos o suplementos. El descuento correspondera al ultimo credito comprado en sus registros dentro de los 30 dias. En este caso el precio descontado sera anulado. El medicamento o las inyecciones se cobraran al restante a su reembolso.

Ningun credito de reembolso para pacientes anteriores que no hayan estado en el programa mas de o un ano desde su ultima visita.

No se emitira a ningun credito de reembolso si hay evidencia de omission o falsificacion del historial medico que resulte en la finalizacion de cualquier parte del programa.

Por favor firme y fecha la lectura y la politica de reembolso.

Firma

Fecha

Gracias por su cooperacion



ALLURE Medical Weight Control & Wellness

Protocolo de Electrocardiograma

Por nuestro protocolo aquí en Allure y las paustas de Asociación Americana de Medicina y la organización mundial de la salud, cualquier persona mayor o igual a la edad de 45 años deberá tener un electrocardiograma anualmente antes de comenzar o reanudar Phentermine o Phendimetrazine. Cualquier persona menor de 45 años con antecedentes de dolor en el pecho, dificultad para respirar, palpitaciones o arritmias también deberá tener un electrocardiograma.

Si ha tenido un electrocardiograma normal en los últimos 12 meses, proporcione una copia a nuestra oficina y podremos seguir adelante con el programa de pérdida de peso con receta.

El costo para el electrocardiograma es \$20. Esta cantidad se debe cuando se presta el servicio si el electrocardiograma es normal o anormal.

Usted será asesorado con respecto a los resultados y recomendaciones al finalizar el estudio.

Firma

Fecha