



Physician's Weight Control and Wellness

Oficina de Waco

www.DrWeightControl.com

2122 Austin Ave

Waco TX 76701

254-754-1438

Fax: 254-754-4354

Estimado paciente,

Gracias por elegir Physician's Weight Control and Wellness para ayudarlo en su proceso de pérdida de peso. Complete los formularios adjuntos y devuélvalos a nuestra oficina de Waco.

Sus formularios completos se pueden escanear y enviar por correo electrónico a nuestra oficina:

Waco@DrWeightControl.com. O puede enviarlos por fax al 254-754-4354, enviarlos por correo a la dirección anterior o completarlos a través de su portal Onpatient.

(Asegúrese de que todos los formularios estén completos).

¡Nos vemos pronto!

Personal de la oficina de Waco

AVISO: Debido a que el correo electrónico no es seguro, tenga en cuenta los riesgos asociados con la transmisión de correo electrónico. Si ha optado por comunicar la información identificable del paciente por correo electrónico, está dando su consentimiento a los riesgos de correo electrónico asociados. Intentaremos asegurar, pero no podemos garantizar, que la información transmitida por correo electrónico se mantenga confidencial.

Póliza de No Asistir Para Pacientes Nuevos

Es la póliza de Physician's Weight Control & Wellness Centers sino asiste a su cita o no cambia la cita en 2 0 mas días laborales antes, o cancela su cita pierde su depósito de \$50 por completo. Sera requerido que pague otro deposito para hacer otra cita. Proveyendo nos con su información de tarjeta de crédito o enviando (trayendo) un giro postal, o dinero en efectivo (cash) para el depósito está reconociendo y entiendo la póliza. **NO ACEPTAMOS CHEQUES.**

Querido Paciente,

Es un placer darle la bienvenida a nuestra oficina. Esperamos que la siguiente información nos ayude a que su cita sea más eficiente. Incluido encontrara un historial médico, unas formas de consentimiento, y otros documentos necesarios. Por favor de llenar las 6 formas y traer las el día de su cita. También puede obtener o imprimir las formas de nuestra página de internet www.drweightcontrol.com

Costos de Paciente Nuevo:

Consulta:	\$125.00
Análisis de Sangre:	\$75.00
EKG (examen de corazón):	\$45.00

COSTO TOTAL: \$245.00

Menos el deposito de \$50.00

= \$195.00

(nada mas tarjeta de crédito o debito, efectivo (cash), o giro postal)

(No aceptamos cheques)

Pago es hecho el día de su cita

Información Útil:

Notifique a nuestra oficina POR TELÉFONO antes de su primera visita si tiene una afección cardíaca que requiere medicamentos.

- Para brindarle un mejor servicio a usted y a todos nuestros pacientes, no se retrase más de 15 minutos. Llegar con más de 15 minutos de retraso podría resultar en la reprogramación de su cita y la pérdida de su depósito de \$50. Resultando en un no show. Si necesita cambiar su cita, espere 2 días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita programada. Las citas que no se reprogramen dentro de este período de tiempo, o que se pierdan, perderán el costo total de la consulta de \$50.
- No aceptamos ningún seguro. El pago vence el día del servicio. Aceptamos efectivo, tarjetas de crédito o débito. Nuestra oficina no acepta cheques personales. El cargo en su primera visita será de \$245.00 menos el depósito de \$50.00. El saldo restante será de \$195.00.
- Hacemos trabajo de laboratorio en todos los pacientes nuevos. Para garantizar los resultados más precisos, no coma de 6 a 8 horas antes de su cita. ***No debe comer nada durante ese tiempo.*** No obstante, se recomienda beber abundante agua o café solo (sin azúcar ni nata) durante las horas de ayuno. Si su cita es tarde en el día, no esperamos que pase todo el día sin comer, así que coma ligero. Eso significa nada azucarado o graso. Comprobaremos tu nivel de glucosa, colesterol, triglicéridos, tiroides y obtendremos un perfil de bienestar general. Los resultados se discutirán con usted en su segunda visita. Si hay un resultado que está peligrosamente fuera de rango, el médico lo llamará y le informará antes de su próxima cita programada.

- Requerimos que tenga un electrocardiograma que también se realizará en su primera visita. Le pedimos que no use loción, aceite corporal, vaselina o cualquier otro producto que pueda hacer que su piel se sienta grasosa. Necesitamos tu piel limpia y libre de productos el día de tu visita. Señoras, usen ropa de dos piezas, no un vestido.
- Haremos un análisis de composición corporal en su visita inicial. Esto nos dará su peso e IMC (índice de masa corporal). Use zapatos que sean fáciles de quitar. Señoras, por favor no usen pantimedias en su primera visita. Necesitaremos que se suba a la escala de IMC con los pies descalzos para obtener una lectura precisa.
- En su primera visita, el proveedor le recetará un plan de tratamiento que puede incluir cualquiera o todos los siguientes: una variedad de suplementos, una inyección opcional de vitamina B con Lipo, un programa de ejercicios, planes de comidas y medicamentos cuando corresponda.

En su visita inicial a nuestra oficina, le pedimos que haga arreglos para el cuidado de los niños. Este es un momento importante para que usted y su Proveedor revisen su historial y desarrollen su propio plan de pérdida de peso personalizado. Hemos encontrado que el mayor éxito en esta visita viene con la menor cantidad de distracciones posible.

Esperamos contar con su presencia. Si tiene alguna pregunta, llame o visite nuestro sitio web www.DrWeightControl.com

¡Nos vemos pronto!

PWCW Staff

FAQ's

Seguro Médico (a seguridad)

Seguro Médicos tiene un historial de no cubrir pérdida de peso, sin embargo, algunas se están volviendo más receptivas a la idea de la obesidad, No aceptamos seguros médicos, pero le daremos un recibo que probé la información necesaria para que su seguro médico le dé su reembolso si califica.

Pago

Nada más aceptamos dinero en efectivo (cash), MasterCard, Visa, Discover, American Express y tarjetas de débito. No aceptamos cheques.

Horas de servicio

Porque nuestros doctores giran entre las tres oficinas, nuestras horas de servicio varían de oficina en oficina. Por favor de llamar a la oficina de su gusto para hacer una cita.

Citas

Citas son necesarias. Nuestras citas para pacientes nuevos son hechas varias semanas antes. Por favor planea con tiempo y llame para su cita. Se requiere y no es reembolsable un depósito de \$50 para su primera visita.

Costo Para Pacientes Estables

Su costo mensual (cada 4 semanas) será \$95. Este cargo incluye su consulta, la inyección de la B-12, suplementos y una receta para la píldora de desmentir el apetito que surte en la farmacia de su gusto. (Costo adicional en la farmacia)

**En cualquier momento que un paciente consulte con un doctor, por cualquier razón el costo será de \$95.



Nuevo paciente No show Política

Es la política de Physician's Weight Control & Wellness que si no se presenta a su cita programada a la hora designada y / o no puede reprogramar dos (2) o más días hábiles antes de su cita, perderá su depósito de \$ 50 en completo. Luego, se le pedirá que pague otro depósito de \$ 50 para programar otra cita. Al proporcionarnos la información de su tarjeta de crédito, o al enviarnos un giro postal o un cheque de caja, o al traer dinero en efectivo para este depósito, está reconociendo la recepción y comprensión de esta Política de no presentación de pacientes nuevos.

Definición de No Show:

Si no cancela su cita al menos 48 horas antes de la hora de la cita de una de las siguientes maneras, se considerará una ausencia.

1. Hablar directamente con alguien de nuestro personal
2. cancelar respondiendo al correo electrónico / mensaje de texto de su cita
3. Llamar y dejar un mensaje claro en nuestro contestador automático. (Nombre completo, fecha de nacimiento, fecha y hora de la cita) (Después de hora, los mensajes de cancelación pueden dejarse llamando 254-754-1438. Todos los mensajes se registran y guardan.)

Además, llegar tarde a la hora programada de su cita se considerará una ausencia y tendrá como resultado una reprogramación.

Si está atascado en el tráfico, tratando de llegar a nuestra oficina y descubre que tardará un par de minutos en pasar la hora de su cita, **LLAME A NUESTRA OFICINA INMEDIATAMENTE**. Intentaremos trabajar con usted para evitar que no se presenta ese día y que resulte en la pérdida de su depósito.

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____

Para uso de oficina solamente

Patients Appointment Date: ____/____/____

Deposit Charged: ____/____/____



LA POLIZA de NO PRESENTARSE

The Physician's Weight Control & Wellness está dedicada a proporcionar le más alta calidad de atención a nuestros pacientes y queremos darle las gracias por el privilegio de ayudarle a tener éxito en ser más saludable.

Recientemente, hemos estado experimentando un aumento en el número de pacientes que no se presentan o fallan en hablar para cancelar su cita 24 horas antes. En un esfuerzo para corregir este problema hemos encontrado que es necesario aplicar una póliza de no presentarse a nuestra oficina. Por favor de leer con cuidado. Si tiene preguntas sobre la póliza pregunte antes de firmar.

No Presentarse Definido:

Si no cancela su cita al menos 24 horas antes de la hora de la cita de una de las siguientes maneras, se considerará una ausencia.

1. Hablar directamente con alguien de nuestro personal.
2. cancelar respondiendo al correo electrónico / mensaje de texto de su cita
3. llamando y dejando un mensaje claro (nombre y apellido, fecha de nacimiento, fecha y hora de la cita) en nuestro contestador automático. (Los mensajes de cancelación fuera de horario se pueden dejar llamando al 254-754-1438. Todos los mensajes se graban y se guardan).

Presentándose 15 minutos o más tarde también se considera como si no se presentó y tendrá que hacer otra cita. Si por cual quiera razón va a llegar más de 15 minutos tarde por favor llámé a la oficina inmediatamente. Trataremos de ayudarle para prevenir una falta ese día.

Nuestra Póliza:

Si falta a su cita sin haber hablado por lo menos 24 horas antes o si llega más de 15 minutos tarde tendrá un cargo de \$25. Este cargo tendrá que ser pagado cuando regrese a su próxima cita. (Si tiene dos faltas seguidas no podrán hacer otra cita hasta que los \$50 este pagado por las dos faltas.) Lamentamos tener que implementar esta póliza, pero para ser justos con nuestros pacientes que necesitan una cita y pudieron ver venido a la hora que faltó un paciente, necesitamos tomar las acciones necesarias para tener las citas disponibles para nuestros pacientes.

Gracias por su comprensión.

PWCWC tiene el derecho de cambiar la póliza de no presentarse a cuál quiere hora.

Si se producen cambios, se le notificará y la nueva póliza será publicada en nuestra página de internet.

Physician's Weight Control and Wellness, Oficina de Waco.

He leído y entiendo esta política de ausencia

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

PWCWC se reserva el derecho de realizar cambios en nuestra Política de ausencias en cualquier momento. Si se producen cambios, se le notificará y la nueva política se publicará en nuestro sitio web.

Sólo para uso de oficina: This no-show policy was reviewed with patient by _____ on _____
Staff Initials & date

Cuestionario de Privacidad (HIPAA)
Physician's Weight Control and Wellness

Nombre de Paciente _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Nombres y números de personas que podemos contactar en caso de una emergencia.

(Nombre) _____ (Numero) _____

(Nombre) _____ (Numero) _____

Nombre de la persona que tiene permiso de cancelar y cambiar su cita.

(Nombre) _____ (Relación) _____ (Fecha de Nacimiento) _____

Se le gustaría que nuestra oficina le envié su correspondencia a otra dirección que no sea su hogar, por favor especifique. _____

¿Hay instrucciones especiales como le Podemos enviar su correspondencia? _____

Por favor de proporcionar un correo electrónico (email) donde podemos enviar le correspondencia, _____

**** ¿Le gustaría que le enviáramos un recordatorio de la fecha y hora de su cita? _____ Si _____ No**

Incluya números de teléfono donde le podemos llamar. Si, no le gustaría que lo(a) llamemos a cierto número no lo incluya. Los teléfonos celulares, el buzón de voz (voicemail) y los contestadores automáticos no son totalmente privados.

Numero de Casa: _____

¿Podemos dejar un mensaje en la contestadora automática? _____ Si _____ No

¿Si alguien contesta podemos mensaje con esa persona? _____ Si _____ No

Numero de Celular: _____

¿Podemos dejar un mensaje en la contestadora automática? _____ Si _____ No

¿Si alguien contesta podemos mensaje con esa persona? _____ Si _____ No

Numero de Trabajo: _____

¿Podemos dejar un mensaje en la contestadora automática? _____ Si _____ No

¿Si alguien contesta podemos mensaje con esa persona? _____ Si _____ No

Nou: Este cuestionario de privacidad firmado se quedará en su expediente y será considerado ser corriente. Si hay algún cambio por favor notifique a nuestra oficina y llene otro formulario.

Nombre de Paciente (imprima) _____

Firma: _____ Fecha: _____

Physician's Weight Control and Wellness
HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre del Paciente (Patient's Name):			
Fecha de Nacimiento (DOB):	Edad (Age):	sexo (sex):	Estado Civil: (Marital status)
Domicilio (Street Address):		Ciudad y Estado (City & State):	Zona Postal (Zip):
Teléfono (Hm Phone):	Teléfono Celular:	Dirección de correo electrónico (E-mail):	
Ocupación (Occupation):	título profesional (Job Title):	Años de Empleo: (How long employed)	Numero de teléfono (work#)
Empleo del Paciente (Patient's Employer):		Dirección del Empleo, Ciudad Y Estado, Zona Postal (Employer's address):	
Nombre del Esposo(a) (Spouse's Name):	Empleador de Conyugal (Spouse's Employer):	Numero de teléfono (work #):	
Familiar y Domicilio (Relative other than at Home Address):	Relación (Relation):	Numero de teléfono (Phone #):	
Nombres de Hijos y Edad (Name of children and ages):			

HISTORIAL DEL PACIENTE (por favor señale todo el que aplique)

PATIENT HISTORY (please check that apply)

<input type="checkbox"/> Encía que sangre / bleeding gums	<input type="checkbox"/> Asma / asthma	<input type="checkbox"/> Hinchadura de manos / swollen hands
<input type="checkbox"/> Infección dental / dental infections	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno / hay fever	<input type="checkbox"/> Tobillos hinchados / swollen ankles
<input type="checkbox"/> Dolor en la boca / sore mouth	<input type="checkbox"/> Artritis / arthritis	<input type="checkbox"/> Reumeatismo / rheumatism
<input type="checkbox"/> Sinus trouble	<input type="checkbox"/> Calambre de pierna / leg cramps	<input type="checkbox"/> Piel seca / dry skin
<input type="checkbox"/> Piel con picazón / itchy skin	<input type="checkbox"/> Dolencia de músculos / muscle soreness	<input type="checkbox"/> Piel humeda / damp skin
<input type="checkbox"/> Quebradizo de uñas / brittle nails	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda / backaches	<input type="checkbox"/> Piel grasosa / oily skin
<input type="checkbox"/> Palmas húmedas / moist palms	<input type="checkbox"/> Transpiración / sweating	<input type="checkbox"/> Ulcera / ulcers
<input type="checkbox"/> Palmas secas / dry palms	<input type="checkbox"/> Catarros frecuentes / frequent colds	<input type="checkbox"/> Problema del rinon / kidney trouble
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza / headaches	<input type="checkbox"/> Herida que sana despacio/slow healing sores	<input type="checkbox"/> Dolor para orinar/ painful urination
<input type="checkbox"/> Mareos / dizziness	<input type="checkbox"/> Pedida de pelo/ hair loss	<input type="checkbox"/> Orina frecuente / frequent urination
<input type="checkbox"/> Desmayos / fainting spells	<input type="checkbox"/> Problema con la vicular / gall bladder	<input type="checkbox"/> Sangre por la nariz / nose bleeds
<input type="checkbox"/> Cansancio / tiredness		

En Cualquier Tiempo Atenido: (Have you ever had)

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Perder control de nervios / nervous breakdown	Enfermedad severa/ sever illn Cuando/when _____
<input type="checkbox"/> Problema con los pulmones / lung trouble	<input type="checkbox"/> Afecto emocional / emotional upsets	Algún miembro en su familia a tenido: (Have any members of your family had)
<input type="checkbox"/> Presión alta / high blood pressure	<input type="checkbox"/> Nerviosidad / nervousness	
<input type="checkbox"/> Problemas del corazon / heart problems	<input type="checkbox"/> Temblor / shaking	<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Pulso rápido / fast pulse	<input type="checkbox"/> Problemas para dormir / difficulty sleeping	<input type="checkbox"/> Alta presión / high blood pressure
<input type="checkbox"/> Palpitación / palpitations	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho / chest pain	<input type="checkbox"/> Ataque / strokes
<input type="checkbox"/> Corazón irregular / irregular heart	<input type="checkbox"/> Un cardiograma/ cardiogram	<input type="checkbox"/> Problema mental / mental health problems
<input type="checkbox"/> Parto premature / miscarriages	Cuando/ when _____	
Feches/ dates _____	Resultados _____	

Problema Con (do you have):		
<input type="checkbox"/> Digestión / poor digestion <input type="checkbox"/> Hinchado / bloating <input type="checkbox"/> Acidez / heart burn <input type="checkbox"/> Gases / stomach gas <input type="checkbox"/> Dolor de estómago / stomach pain <input type="checkbox"/> Estomago trastornado / stomach upsets <input type="checkbox"/> Problema con intestine /poor bowel action	Su Puesto en la edad de/ your weight at: 16 años: _____ 20 años: _____ 30 años: _____ Problema con su peso comienzo _____ (Weight gain started) Cantidad de peso en los untamos 3 meses _____ Los últimos 6 meses _____	A perdido peso en el pasado con: (Have your used in the past) <input type="checkbox"/> Medicina / medicine <input type="checkbox"/> Dieta / diet <input type="checkbox"/> Que ano _____ Que resultado / with what results _____ Cuando empezó su peso otra vez / when did weight return _____

POR FAVOR NOMBRE TODOS LOS PROGRAMAS DE DIETA QUE HA ETILIZADO ENEL PASADO
 PLEASE LIST ALL THE DIET PROGRAMS YOU HAVE USED IN THE PAST

Programa (Program)	¿Cuándo y cuánto tiempo? (When and how long?)	¿Total de peso perdido?	¿Libra que recobar?
<input type="checkbox"/> Phentermine _____			
<input type="checkbox"/> Phen-Fen, Redux _____			
<input type="checkbox"/> Meridia _____			
<input type="checkbox"/> Other (Weight Watchers, Atkins, etc.) _____			

Nombre **TODAS** los medicamentos que este tornando (List **ALL** prescriptions and over the counter medications presently using) _____

Cirugías y Fechas (Surgery & dates): _____

Nombre **TODAS** las alergias de medicina (List **ALL DRUG** allergies): _____

¿Hace ejercicio? (Do you exercise?)		¿Qué tipo? (What kind?)			¿Cuanto? (How much?)	
Usted: (Do you):	<input type="checkbox"/> desayunar (Eat breakfast)	<input type="checkbox"/> ¿Come almoroazo? (Eat lunch)	<input type="checkbox"/> Come Cena (Eat dinner)	<input type="checkbox"/> ¿Come Medio de comidas? (Eat between meals)	<input type="checkbox"/> ¿Come en la noche? (Eat at night)	
Está tomando: (Do you take):	<input type="checkbox"/> ¿Vitaminas? (vitamins)	<input type="checkbox"/> Laxativa? (laxatives)	<input type="checkbox"/> Hormona? (hormones)	<input type="checkbox"/> ¿Medicina para dolor? (Pain medicine)	<input type="checkbox"/> ¿Medicina para esomago? (Stomach medication)	
<input type="checkbox"/> ¿Medicina para corazon? (Heart medication)	<input type="checkbox"/> ¿Nervios? (Nerve medication)	<input type="checkbox"/> ¿Gripe? (Cold medication)	<input type="checkbox"/> ¿Otro? _____ (other)			
medicina que has tomado: (Have you taken)	<input type="checkbox"/> tiroides? (Thyroid)	<input type="checkbox"/> Barbitúrico? (Barbiturates)	<input type="checkbox"/> Cortisona?	<input type="checkbox"/> ¿Otro? _____ (other)		
¿Usted fuma? (Do you smoke)	¿Cantidad? (How much)	¿Toma leche? (Drink milk)	¿Te? (tea)	¿Café? (coffee)	¿Bebida de alcohol? (Alcoholic beverages)	¿Sodas? (Soft drinks)

¿En el último año, ha habido cualquier cambio en su familia? (Señale todo el que apliqué)
 (In the past year, have there been any changes in your family?) (Check all that apply)

<input type="checkbox"/> Unión (marriage)	<input type="checkbox"/> Separación (separation)	<input type="checkbox"/> Divorcio (divorce)	<input type="checkbox"/> Perdida de trabajo (loss of job)	<input type="checkbox"/> Nacimiento (birth)	<input type="checkbox"/> Enfermedades serias (serious illness)	<input type="checkbox"/> Fallecimiento (death)
--	---	--	--	--	---	---

Firma del Paciente (Patient's signature)	Physician's signature:
--	------------------------

Su Firma indica que toda la información antedicha es complete y verdad.
 Your signature indicates that the above information is complete and true.

El medico firmar después de repasar con el paciente.
 Provider will sign after reviewing with patient.



Formulario de consentimiento de HIPAA

Entiendo que como parte de mi atención médica, **Physician's Weight Control and Wellness** origina y mantiene registros que describen mi historial de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para atención o tratamiento en el futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- una base para planificar mi atención y tratamiento,
- un medio de comunicación entre otros profesionales de la salud que contribuyen a mi atención,
- una herramienta para las operaciones rutinarias de atención de la salud, como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud.

Después de revisar el Aviso de **prácticas de privacidad de HIPAA**, entiendo que, como parte del tratamiento, pago u operaciones de atención médica de esta organización, puede ser necesario divulgar mi información médica protegida a otra entidad. Doy mi consentimiento para dicha divulgación para estos usos permitidos, incluidas las divulgaciones por fax. Cualquier divulgación sería en caso de emergencia o por orden judicial. Cualquier otra divulgación requerirá su consentimiento por escrito.

Además, entiendo que **Physician's Weight Control and Wellness** tiene derecho a cambiar su **Aviso de Prácticas de Privacidad** de acuerdo con el Código de Regulaciones Federales. Si **Physician's Weight Control and Wellness** cambia el aviso, se publicará en el sitio web www.DrWeightControl.com.

Se me ha proporcionado y tengo derecho a revisar **el Aviso de Prácticas de Privacidad** que proporciona una descripción completa de cómo se podría usar o divulgar mi información personal antes de firmar este consentimiento.

¿Con quién podemos hablar sobre su tratamiento y los medicamentos proporcionados por esta oficina?

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Entiendo perfectamente y aceptar rechazar los términos de este consentimiento.

Entiendo que después de revisar **el Aviso de prácticas de privacidad**, si elijo rechazar los términos del aviso, se me puede negar el tratamiento en **Physician's Weight Control and Wellness**.

Firma del paciente (firma del representante autorizado por el paciente) Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Nota: Este formulario de consentimiento de HIPAA firmado permanecerá en su archivo y se considerará actual.

***Si, Me gustaría tener una copia de este formulario de consentimiento HIPAA firmado** _____*

***No, No necesito una copia de este formulario de consentimiento HIPAA firmado** _____*

SÓLO PARA USO DE OFICINA

[] Consentimiento recibido por _____ en _____

[] Consentimiento denegado por el paciente y tratamiento denegado según lo permitido.

[] Consentimiento añadido a la historia clínica del paciente en _____



Divulgación de tratamiento concurrente

En Physician's Weight Control and Wellness, la salud y seguridad de nuestros pacientes es vitalmente importante para nosotros. Con esto en mente, es necesario que cada paciente informe completamente al personal y/o al médico de este office cuando haiga algún cambio en su tratamiento, medicación, o el cuidado de salud que es proporcionado por otra instalación médica. Este acceso incluye problemas nuevos de salud, o cambios en el tratamiento de la cualquier condición médica que usted puede tener. Además, es absolutamente vital que nadie bajo el cuidado de Physician's Weight Control and Wellness este bajo el cuidado de otra oficina o clínica para el control de peso sin el acceso completo de tales al personal de esta oficina.

La decisión será de los médicos de nuestra clínica para determinar si nuestro tratamiento es medicamente compatible con cualquier otra forma de tratamiento que usted reciba. Además la falta del acceso completo de tratamiento concurrente del control de peso podía ser argumentos para el despido de nuestra clínica. Por favor sepa que esto es para su salud y bien estar debemos tener acceso completo a su tratamiento médico y de pérdida de peso que usted este experimentando a fuera de esta clínica.

Atentamente,

Christopher L. Puempel, M.D.

He leído la declaración anterior y acepto seguir las normas tal como se describen.

Firma del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firmando Fecha: _____

Lea atentamente y firme.

1. Yo, _____ (paciente o guardián del el paciente), autorizo a los médicos y asistentes de Physician's Weight Control and Wellness para asistir me una mi reducción de peso. Yo entiendo que mi programa puede consistir una dieta déficit balanceada, un programa regular de ejercicio e instrucción en una técnica modificada de comportamiento. Otro Opción de tratamiento puede incluir una variedad de accesos a otra dieta dependo en lo necesita del paciente individual. Yo entiendo que el tratamiento puede necesitar en uso de inhibidor de apetito y otros suplementos. Mi tratamiento puede necesitar en uso de inhibidor de apetito por más de 12 semanas y cuando indicada dosis que la dosis indicada en la etiqueta inhibidora de apetito.

2. Yo ha leído y entiendo la declaración de mi doctor que sigue:

“Medicamentos, incluir los inhibidores de appetite tiene el letrero etiqueta de los que hacen el medicamento ya la Administración de comida y drogas. La etiqueta del medicamento contiene sugerencias para el uso del medicamento. La etiqueta en el inhibidor de apetito sugestionas son generalmente concede un periodo breve de estudios. (Hasta de 12 semanas) usando la dosis indicada la etiqueta.

“Como médico bariátrico, he descubierto que un supresor del apetito puede ayudarla durante un período de más de 12 semanas y, a veces, en dosis mayores que las indicadas en la etiqueta. Como médico, no se me requiere usar el medicamento como indica la etiqueta, pero sí uso la etiqueta con información de mi experiencia, la experiencia de mis compañeros, reciente largo plazo de estudios y recomendaciones de Universidad bajo de investigación. Bajo esto yo elegido cuando indica que usar inhibidor de apetito por más largo tiempo y veces aumentar la dosis. En esta oficina el inhibidor de apetito se puede usar en combinación con otro inhibidor de apetito y otros suplementos.”

“Como médico bariátrico, creo que la posibilidad de efectos secundarios, como se me explicó, se ve superada por el beneficio del uso de supresores del apetito durante un período de tiempo más prolongado y cuando está indicado en dosis mayores. Sin embargo, debe decidir si está dispuesto a aceptar los riesgos de los efectos secundarios por la posible ayuda que le puedan brindar los supresores del apetito utilizados en este asunto.

3. Entiendo que, si desarrollo efectos secundarios por la dieta o el medicamento, no continuaré la dieta y / o los medicamentos y notificaré al personal médico de Physican's Weight Control & Wellness lo antes posible. Yo entiendo que si el problema es grave tengo que ir a la sala de emergencia, o la oficina de me doctor lomos pronto posible. (con la medicina)

Consentimiento del Paciente:

Yo ha leído y entiendo este consentimiento y entiendo que no debo de firmar si, no me contestan preguntas a mi satisfacción. Me urgen que tome todo mi tiempo y que leía y entienda la forma en hablar con el medico en relación de los riesgos asociado con el tratamiento y otros tiramientos que no tiene que ver con el inhibidor de apetito. Este consentimiento firmado permanecerá vigente a menos que yo notifique a los Physician's Weight Control and Wellness de otra manera.

Fecha: _____

Tiempo: _____

Paciente: _____

Testigo: _____

Declaración del Medico:

Yo le ha explicado este documento al paciente ya contestado las preguntas lo mejor de me conocimiento. Siento que se ha informado al paciente de los beneficios y riesgos asociados con el supresor del apetito. Después de que el paciente ha sido informado y haya dado su consentimiento para el tratamiento con el supresor del apetito en la forma indicada.

Firma del Medico



Inyección de Lipo- B Plus

Beneficios de Inyecciones Lipo-B Plus

Concentración/Fuerza

Methionine 25 mg

Inositol 50 mg

Choline 50 mg

Hyeroxocobalamin (b-12) 1000 mcg

Pyridoxine (b-6) 175 mcg

Agentes lipotrópicos son clases de sustancias que juegan un papel importante en el control del cuerpo de la grasa. A través de su participación en el metabolismo de lípidos o grasa, pueden ayudar a mantener un hígado saludable. El hígado desempeña un papel importante en el metabolismo humano y tiene muchas funciones importantes, incluyendo el almacenamiento de glucógeno, la síntesis de proteínas de plasma y desintoxicación. El hígado también produce bilis, un compuesto que ayuda en la digestión y la descomposición de grasa. Inyecciones de Lipo-B plus incluyen una combinación de importantes aminoácidos y vitaminas y utilizando estas inyecciones, junto con una dieta adecuada y ejercicio, pueden ayudarle a alcanzar su meta más rápido dándole un impulso adicional. Aquí están algunos de los beneficios:

Aumenta y acelera su metabolismo

Reduce y quema grasa corporal almacenada

Aumenta la energía

Mantiene un hígado saludable

He leído esta hoja de información sobre la inyección Lipo-B Plus que deseo recibir. Hare preguntas, si tengo, antes de recibir la inyección.

Estoy de acuerdo permanecer en la clínica por lo menos 10 minutos después de la inyección.

Doy mi consentimiento para la administración de la inyección Lipo-B Plus. Además, me desligo y descarga para siempre para mí, mis herederos, ejecutores, administradores y cesionarios, **Physician's Weight Control and Wellness** dueños y representantes de todas y cada una de las reclamaciones, demandas, acciones y causas de acción, que puede resultar de voluntariamente tomando estas inyecciones.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



Información sobre la comunicación por correo electrónico

Para servir mejor a nuestros pacientes, esta oficina ha creado una dirección de correo electrónico para algunas formas de comunicación. Para asuntos de rutina que no requieren respuesta inmediata, no dude en ponerse en contacto con nosotros en info@DrWeightControl.com. El tiempo de espera por medio de comunicación por el correo electrónico es de dos a tres días laborales. **No utilice este correo electrónico para cancelar o reprogramar su cita. Dado que esta no es una dirección de correo electrónico monitoreada de forma rutinaria, no se presentará si pierde su cita.** No utilice esta dirección de correo electrónico para hablar sobre sus medicamentos o hacer preguntas médicas.

Cuando envíe un correo electrónico a nuestra oficina, coloque el asunto de su mensaje en la línea de asunto para que podamos procesarlo de manera más eficiente. Asegúrese de poner su nombre, fecha de nacimiento y número de teléfono de devolución en el cuerpo del mensaje. Dado que esta dirección de correo electrónico va a una ubicación central, díganos la oficina con la que intenta comunicarse (Arlington o Waco) en su correo electrónico.

Las autorizaciones de recarga de medicamentos (MRA) deben enviarse a Waco@DrWeightControl.com.

Consentimiento para el uso de la comunicación por correo electrónico

Esta oficina está dedicada a mantener confidencial la información de su registro médico. Las comunicaciones relativas al diagnóstico y tratamiento se archivarán en su historia clínica. No le enviaremos esa información por correo electrónico.

ES SU RESPONSABILIDAD RECORDAR LA HORA DE SU CITA.

Como cortesía, tratamos de enviarle recordatorios de citas por correo electrónico, pero en ocasiones no podemos procesar los recordatorios. **No dependa de recibir recordatorios de citas para recordar su próxima cita Si pierde su cita, se considerará que no se presentó, independientemente de si recibe o no un recordatorio por correo electrónico.** Escriba sus iniciales para indicar que ha leído y comprende que es su responsabilidad recordar la hora de su cita. _____

No utilice el correo electrónico en situaciones de emergencia. Si necesita atención urgente o inmediata, llame a la oficina o vaya a la sala de emergencias.

Al firmar a continuación, acepta que comprende esta política y que podemos enviarle correspondencia por correo electrónico, y que podemos responder a sus correos electrónicos por correo electrónico.

Firma del paciente:

Fecha de nacimiento

Su dirección de correo electrónico:

Fecha:

AVISO: Debido a que el correo electrónico no es seguro, tenga en cuenta los riesgos asociados con la transmisión de correo electrónico. Si ha optado por comunicar la información identificable del paciente por correo electrónico, está dando su consentimiento a los riesgos de correo electrónico asociados. Intentaremos asegurar, pero no podemos garantizar, que la información transmitida por correo electrónico se mantenga confidencial.

OFFICE USE ONLY: This form was reviewed by: _____
Initial & date



Consentimiento para Tratamiento por un Asistente Médico/Enfermera Calificada

Physician's Weight Control and Wellness emplea a enfermeras practicantes (NP) y asistentes médicos (PA).

En nuestra oficina puede ser atendido por nuestro médico, o nuestro NP o PA.

Los enfermeros practicantes y los asistentes médicos no son médicos ni enfermeros, sino profesionales de la salud calificados que, por su experiencia formal en la escuela de medicina, están calificados para realizar ciertas tareas bajo la supervisión de un médico.

Los NP y PA están certificados por la junta y deben participar en un número designado de horas de educación médica continua cada año para mantener ese certificado.

Puede optar por no ser visto por el NP o PA, indique a continuación su preferencia. Este consentimiento permanecerá en sus registros médicos permanentes. Puede revocar este consentimiento en cualquier momento.

Acepto ver a la enfermera practicante o al asistente médico _____

No, no quiero que me vea la enfermera practicante o el asistente médico _____

Nombre de paciente: _____ Fecha: _____

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE PARA RECETAS DE MEDICAMENTO CONTROLADO

Medicamentos de sustancia controladas (ej. *narcóticos, tranquilizantes y barbitúricos*) son muy útiles, pero tienen un potencial alto de mal uso y por lo tanto, están controlados atentamente por los gobiernos locales, estatales y federales. Están destinados a gestionar condiciones médicas específicas mejorando así la calidad de vida. Mi médico está recetando medicamentos de sustancia controladas para ayudar a mantener mi condición médica. Yo acepto las siguientes condiciones:

- 1. Soy responsable de los medicamentos de sustancias controladas que me recetaron.** Si mi receta se pierde, extravía, es robada o se me termina antes del tiempo adecuado, **entiendo que no puede ser reemplazada.**
- 2. Recarga** de medicamentos de sustancias controladas:
 - a. Solamente se harán durante el horario regular**, en persona, una vez al mes, durante una visita con cita. Recargas no será hechos por la noche, el fin de semana o durante días festivos. **No recargas por teléfono.**
 - b. No se harán** si se termina temprano o se pierde la receta o se derrama o extravía. Soy responsable de tomar el medicamento como fue recetado y mantener una cuenta de la cantidad restante.
 - c. No se harán** porque me di cuenta que mañana se termina. **Entiendo que tengo que hacer una cita para obtener un recargo. No abra excepciones.**
3. Entiendo que no poder manejar un vehículo de motor mientras esté tomando medicamentos de sustancias controladas y es mi responsabilidad cumplir con las leyes de estado mientras toma estos medicamentos recetados.
4. Entiendo **que, si violo las condiciones anteriores**, mi receta para medicamentos de sustancias controladas puede ser finalizada **inmediatamente**. Si la infracción involucra la obtención de medicamentos de sustancias controladas por otro individuo o el uso comitente de drogas ilícitas (ilegales) no recetadas también podría ser reportado a todos mis médicos, instalaciones médicas y autoridades adecuadas.
5. Entiendo que **objetivo principal del tratamiento es gestionar mi condición médica y cualquier habilidad para funcionar y/o trabajar**. En consideración de este objetivo y el hecho que me están dando medicamentos potentes que me ayuda alcanzar mi objetivo, estoy de acuerdo en ayudarme siguiendo los mejores hábitos de salud: ejercicio, control de peso y evitar el uso de tabaco y alcohol. También debo de cumplir con el plan de tratamiento que el médico me receto. Entiendo que un resultado exitoso para mi tratamiento solo se lograra siguiendo un estilo de vida saludable.
6. Entiendo **las ventajas y desventajas a largo plazos de narcóticos, tranquilizantes y barbitúricos y orto uso de medicamentos programados que aún no ha sido determinado científicamente** y mi tratamiento puede cambiar al cualquier momento. Entiendo, acepto, y estoy de acuerdo que puede haber riesgo asociados con el uso a largo plazo de sustancias controladas y mi médico me aconsejara sobre cualquier avance en este campo y harán cambios en el tratamiento según sea necesario.

He sido plenamente informado por el Dr. Puempel y su personal sobre la dependencia psicológica (adicción) a los medicamentos de sustancias controladas que entiendo es raro. Sé que algunas personas pueden desarrollar una tolerancia a los medicamentos necesitando un aumento de la dosis para lograr el efecto deseado y existe el riesgo de volverse físicamente dependiente al medicamento. Sé que puede ser necesario dejar de tomar el medicamento. Si es así debo hacerlo lentamente mientras estoy bajo la supervisión médica o puedo tener síntomas de abstinencia He leído este contrato y lo mismo me ha sido explicado por el Dr. Puempel.

Además, comprendo plenamente las consecuencias de violar este acuerdo

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma de Testigo: _____ Fecha: _____

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTE AVISO DETENIDAMENTE.

La ley nos exige que le proporcionamos este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica privada. Por ley, debemos seguir los términos del Aviso de prácticas de privacidad que tenemos en vigor.

Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad al (817)-277-3469. Este aviso describe los Prácticas de privacidad de Physician's Weight Control and Wellness Center bienestar y la de

- Todos los empleados
- Cualquier pasante, voluntario o personal de TI al que permitan ingresar o mantener archivos de datos de pacientes.
- Todos los departamentos internos del Physician's Weight Control and Wellness
- Todas las ubicaciones propiedad de los Physician's Weight Control and Wellness.

Nuestro compromiso con su Privacidad

Siempre hemos tenido medidas de seguridades estrictas para proteger la información médica privada (PHI); sin embargo, debido a una nueva ley, son necesarios algunos cambios para asegurarle que estamos dedicados a mantener la privacidad de su información médica. Al llevar a cabo nuestro negocio, podemos recibir, crear, usar o divulgar información médica protegida sobre usted y los tratamientos y servicios que le brindamos. *Ninguna parte de su información médica protegida saldrá de nuestra oficina sin su consentimiento por escrito.*

Seguridad de la información sanitaria-

Physician's Weight Control and Wellness requiere que todos los empleados sigan las políticas y procedimientos de seguridad para salvaguardar su PHI.

Comprender la información de su expediente médico –

La información que tenemos sobre usted se llama su información médica privada (PHI). Creamos un registro de

la atención y los servicios que recibe en nuestra oficina. Este registro contendrá la información de su receta, las notas de progreso del médico, el historial médico u otra documentación que el médico decida incluir en su registro médico.

Para resumir, este aviso le proporciona la siguiente información importante:

- Cómo usamos y divulgamos su PHI.
- Sus derechos de privacidad de su PHI.
- Nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de su PHI.

Cómo podemos usar y divulgar Información médica sobre usted

Para tratamiento - Usaremos su información médica para brindar tratamiento o servicios médicos. Nuestros médicos, asistentes médicos y personal del consultorio tendrán acceso a su información médica.

Para operaciones de atención médica-

Podemos utilizar su información médica protegida para realizar nuestras actividades comerciales diarias, que pueden incluir la gestión de datos, el servicio al cliente, el cumplimiento de las leyes y la calidad. Su información médica puede usarse para evaluar el desempeño de nuestro personal en su atención. También podemos utilizar información médica sobre todos o muchos de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer o cómo podemos ser más eficientes.

Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad -

Podemos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona. Cualquier divulgación se haría a alguien capaz

de ayudar a detener o reducir la amenaza.

Investigación - Podemos usar y divulgar su información médica para proyectos de investigación que están sujetos a un proceso de aprobación especial. Le pediremos su permiso si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted o si participará en su atención en el consultorio.

Militar - Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos divulgar información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Riesgos para la salud pública - Podemos divulgar información médica sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen, pero no se limitan a las siguientes:

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Para regular productos sujetos a regulaciones de la FDA.
- Para notificar a la agencia gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Actividades de supervisión de la salud

-Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de la salud para auditorías, investigaciones, inspecciones, acreditación o con fines de concesión de licencias. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para que ciertas agencias estatales y federales monitoreen el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de

las leyes de derechos civiles. Por lo general, estas auditorías se realizan en nuestra oficina y no requieren su consentimiento firmado.

Según lo requiera la ley-

Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo requiera la policía federal, estatal o local.

Procedimientos judiciales - Si está involucrado en una demanda o una disputa y se nos solicita que divulguemos información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o citación, tendremos que cumplir legalmente con esas órdenes.

Cumplimiento de la ley - Podemos divulgar información médica si así lo solicita un funcionario policial en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar, sujeto a todos los requisitos legales aplicables.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias - Podemos divulgar información médica a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar una persona fallecida o determinar la causa de la muerte o según sea necesario para el desempeño de sus funciones. Si ha incluido a alguien a quien no desea que se revelen sus registros, a esa persona no se le permitirá obtener una copia de su PHI incluso en el caso de su muerte.

Información no identificable personalmente - Podemos usar o divulgar información médica sobre usted de una manera que no lo identifique personalmente ni revele quién es usted. Esta suele ser información genérica para ayudar a mejorar o crear nuevos medicamentos.

Personas involucradas en el tratamiento o pago de su atención - Podemos divulgar su información médica a miembros de su familia o amigos si obtenemos su consentimiento por escrito para hacerlo.

Asociados de negocios - Hay algunos servicios que proporcionamos a través de contratos con socios comerciales externos. Los ejemplos incluyen laboratorios externos y asociados de tecnología de la información. Para proteger su información médica, PWCWC requiere que los socios comerciales firmen un acuerdo de

divulgación antes de que puedan tener acceso a cualquier información relacionada con la empresa o los pacientes.

Formularios de consentimiento -

Puede revocar cualquier formulario de consentimiento en cualquier momento notificándonos por escrito. Su revocación entrará en vigencia cuando recibamos su notificación por escrito. Cualquier divulgación antes de recibir su revocación por escrito de ese formulario de consentimiento en particular no estará sujeta a su revocación.

Sus derechos con respecto a la información médica sobre usted -

Tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted.

Derecho a inspeccionar y copiar -

Tiene derecho a inspeccionar y solicitar una copia de cierta información médica que tenemos archivada. Por lo general, esto incluye registros médicos y de facturación. Para inspeccionar y solicitar una copia de la información médica que se tenga sobre usted, debe enviar una solicitud por escrito. Si solicita una copia de su información médica, es posible que le cobremos una tarifa por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar o recibir una copia en ciertos casos limitados. Si denegamos su solicitud, puede solicitar una revisión de la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que denegó la solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

Derecho a solicitar una enmienda - Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta; puede pedirnos que modifiquemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda siempre que la información se haya originado en PWCWC. Debe solicitar una enmienda por escrito y enviarla al Oficial de Privacidad. También debe informarnos el motivo de su solicitud. La solicitud para enmendar su registro puede ser denegada, en cuyo caso usted tiene derecho a ingresar una declaración en su registro que indique que no está de acuerdo con la decisión.

Derecho a un informe de divulgaciones-

Tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones".

Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos de su información médica para fines distintos al tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Para obtener esta lista, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Debe indicar un período de tiempo, que no puede ser superior a seis años. Podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en costos.

Derecho a solicitar restricciones -

Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que divulgamos sobre usted para tratamiento, pago o atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de la misma, como un familiar o un amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud, pero, si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia. Debe enviar su solicitud de restricciones por escrito al Oficial de Privacidad. En su solicitud, debe informarnos: - La información que desea restringir. - A quién desea que se apliquen las restricciones, como su cónyuge u otro familiar. El Oficial de Privacidad le informará si se hace una divulgación a alguien en su lista restringida; este divulgador solo se hará en caso de una emergencia de salud.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales -

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud de una manera determinada o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Debe enviar su solicitud de comunicación confidencial por escrito. Su solicitud debe especificar cómo o dónde debemos comunicarnos con usted. Intentaremos satisfacer todas las solicitudes razonables.

Otros usos de la

información médica - Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros solo se harán con su permiso por escrito. Si nos da permiso para usar o compartir su información médica, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni compartiremos su información médica por los motivos de su revocación por escrito. Cualquier información divulgada antes de su revocación por escrito no estará sujeta a esta revocación.

Cambios a este aviso – Nos reservamos el derecho a modificar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado sea efectivo para la

información médica que ya tenemos, así como para la información que recibamos en el futuro. Publicaremos copias del aviso actual en nuestro sitio web, www.drweightcontrol.com . El aviso contendrá la fecha de vigencia del aviso en la esquina superior derecha de la primera página.

Derecho a una copia impresa de este aviso- Tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Este aviso también está disponible en nuestro sitio web, www.drweightcontrol.com .
Para obtener más información o informar un problema – Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja

ante nuestra oficina o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben hacerse por escrito. No habrá represalias por presentar una queja.

Para presentar una queja en nuestra oficina, puede comunicarse con nuestro oficial de privacidad:
Oficial de privacidad Physician's Weight Control and Wellness
716 Lincoln Square
Arlington, TX 76011

Si alguna vez hay una violación de su información de salud personal por nuestra oficina, se le notificará de inmediato.

Entiendo que, como parte de mi atención médica, Physician's Weight Control and Wellness origina y mantiene registros que describen mi historial médico, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para la atención o el tratamiento futuros. Entiendo que esta información sirve como:

- una base para planificar mi atención y tratamiento,
- un medio de comunicación entre otros profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado,
- una herramienta para las operaciones de atención médica de rutina, como evaluar la calidad y revisar la competencia de los profesionales de la salud.

Después de revisar el Aviso de **prácticas de privacidad de HIPPA** , entiendo que, como parte del tratamiento, pago u operaciones de atención médica de esta organización, puede ser necesario divulgar mi información médica protegida a otra entidad. Doy mi consentimiento para dicha divulgación para estos usos permitidos, incluidas las divulgaciones por fax. Cualquier divulgación sería de emergencia o por orden judicial. Cualquier otra divulgación requerirá su consentimiento por escrito.

Además, entiendo que Physician's Weight Control and Wellness tiene el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de acuerdo con el Código de Regulaciones Federales. Si el Physician's Weight Control & Wellness cambia el aviso, se publicará en el sitio web www.DrWeightControl.com .

Se me ha proporcionado y tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción completa de cómo podría usarse o divulgarse mi información personal antes de firmar este consentimiento.
