

Formulario de admisión para pérdida de peso de nuevos pacientes

Información básica del paciente

| | | | | |
|------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Nombre: | | Fecha: | | |
| Dirección de la calle: | | | | |
| Ciudad: | | Estado: | | Cremallera: |
| Teléfono de casa: | | Teléfono móvil: | | |
| Dirección de correo electrónico: | | | | |
| Sexo: MF | Edad: | Fecha de nacimiento: | Altura: | Peso: |
| Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero | | <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo | <input type="checkbox"/> Separado | <input type="checkbox"/> Divorciado |
| Ocupación: | | Pasatiempo: | | |
| ¿Cómo se enteró de nosotros? | | | | |

Historia de la salud y el bienestar

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| ¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico? | |
| ¿Esta usted tomando algún medicamento? | (Si es así, indíquelos en la página de medicamentos) |
| ¿Su médico le ha aconsejado perder peso? | |
| ¿Tiene alguna restricción dietética? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| En caso afirmativo, por favor explique: | |
| ¿Con qué frecuencia haces ejercicio? | ¿Qué tipo de ejercicio? |
| ¿Te sientes estresado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explicar: | |
| Marque TODAS las que correspondan a su caso: | |
| <input type="checkbox"/> Embarazada/Podría estar embarazada <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Extirpación de la vesícula biliar <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones <input type="checkbox"/> Actualmente en quimioterapia <input type="checkbox"/> Lactancia materna <input type="checkbox"/> Manga gástrica <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides <input type="checkbox"/> SOP <input type="checkbox"/> Fotosensibilidad <input type="checkbox"/> Diabetes: Tipo 1 Tipo 2 | |

Responda las siguientes preguntas honestamente para que podamos hacer todo lo posible para ayudarlo a alcanzar sus objetivos.

| |
|---------------------------------------------------------|
| ¿Cuándo fue la última vez que alcanzaste tu peso ideal? |
| ¿Cuál consideras que es tu peso ideal? |
| ¿Cuánto peso quieres perder? |
| ¿Cuántas veces al año haces dieta? |
| ¿Qué te impide perder peso por tu cuenta? |
| ¿Qué has intentado en el pasado que ha fallado? |

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Su problema de peso le causa malestar físico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Por favor describa: |
| ¿Su problema de peso le causa dolor físico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Por favor describa: |
| ¿Le avergüenza su sobrepeso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Por favor describa: |
| ¿El sobrepeso y la mala salud limitan sus actividades? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Comes compulsivamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Sufre de antojos incontrolables? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Sientes que la comida te controla? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Comes por tus emociones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Comes entre comidas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Qué eliges comer entre comidas? |

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Describe brevemente sus hábitos alimentarios diarios: |
| ¿Considera usted que sus conductas alimentarias son normales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Se siente cansado, agotado o sin energía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Es la pérdida de peso exitosa una prioridad máxima? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Qué tan rápido quieres estar delgado, en forma y en forma? |
| ¿Qué es más importante para usted: rápido o permanente? |
| ¿Tu familia apoya tus esfuerzos por perder peso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Está tu familia emocionada de que trabajes con nosotros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Puedes recordar haber estado en tu peso ideal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Qué es lo que más recuerdas de ello? |

¿Ha utilizado alguna vez alguno de los siguientes tratamientos? Sí No

Marque TODAS las áreas de tratamiento que le interesan:

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Limpieza y desintoxicación <input type="checkbox"/> Bienestar general <input type="checkbox"/> Envolturas corporales <input type="checkbox"/> Más energía <input type="checkbox"/> Reducción del estrés <input type="checkbox"/> Otros |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

¿Sabías que todos los tratamientos anteriores son 100% seguros?

¿Cuál es el elemento más importante a la hora de decidir utilizar nuestros servicios?

Encierra en un círculo sólo UNA de las cuatro respuestas:

EFICACIA "Mis resultados son mi máxima prioridad."

TIEMPO "Quiero resultados rápidos."

SERVICIO "Necesito apoyo extra en el camino."

ASEQUIBILIDAD "Necesito que sea asequible".

Entiendo que todo mi historial como paciente permanecerá completamente confidencial y no será divulgado sin mi consentimiento expreso por escrito.

Firma: _____ Fecha: _____

(Ver el reverso)

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Este cliente ha solicitado servicios para tratamientos de Fotobiomodulación y sesión(es) de Hipervibración.

Los tratamientos de fotobiomodulación penetran la piel, estimulando la apertura de los poros transitorios de las células grasas, lo que permite que estas expulsen el contenido almacenado, lo que resulta en una disminución del tamaño de las células grasas y favorece la pérdida de peso. La hipervibración estimula el drenaje linfático, la contracción muscular, el metabolismo y la quema de energía. Por lo tanto, es necesario un certificado médico para garantizar que no existen contraindicaciones médicas conocidas antes de iniciar cualquier sesión de tratamiento.

Las siguientes son contraindicaciones conocidas para la fotobiomodulación:

Embarazada o puede estar embarazada

Enfermería

Fiebre

Alcohol/abuso de alcohol

Ciertos medicamentos que pueden causar fotosensibilidad

Epilepsia

Actualmente en tratamiento de quimioterapia

Marcapasos/desfibrilador

fotosensibilidad

Fractura reciente

Cualquier otra condición que deba ser revelada y enumerada en el formulario de admisión.

Entiendo que puedo experimentar un calor leve a moderado debido a la luz en la piel. El calor intenso no es normal y debe notificar a un miembro del personal de inmediato para que se inspeccione la paleta de luz para verificar su colocación adecuada o si tiene algún defecto.

Dado que el tratamiento de fotobiomodulación no debe utilizarse bajo ciertas condiciones médicas, afirmo haber indicado todas mis afecciones médicas conocidas y haber respondido a todas las preguntas con sinceridad. Acepto mantener al personal informado sobre cualquier cambio en mi perfil médico antes de la sesión y entiendo que no habrá responsabilidad por parte del personal en caso de no hacerlo.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento a Kansas City Laser-Like Lipo para proporcionarme tratamientos de fotobiomodulación y sesiones de hipervibración y los libero de toda responsabilidad.

Además, acepto las declaraciones anteriores y acepto que no existen contraindicaciones.

Firma del cliente _____

Fecha _____

Firma del personal de la clínica _____

Fecha _____

Política de citas perdidas

Nuestro objetivo es brindar servicios personalizados de calidad y de manera oportuna. Las inasistencias, las llegadas tardías y las cancelaciones tardías resultan incómodas para quienes necesitan acceder a nuestros servicios.

Nos gustaría llamar su atención sobre nuestra política con respecto a las citas "perdidas".

Shows Tardíos

Para respetar el tiempo de todos los clientes programados y brindar el mejor servicio posible, los clientes de pérdida de peso que lleguen 10 minutos tarde o más a su cita serán considerados como "Perdidos".

Cancelación de una cita. Para respetar las

necesidades de otros clientes, le rogamos que sea cortés y llame a nuestra oficina con prontitud si no puede asistir a una cita.

Requerimos que llame con al menos 48 horas de anticipación.

Las citas tienen mucha demanda y su cancelación anticipada permitirá que otro cliente acceda a servicios oportunos. Entendemos que pueden surgir emergencias de última hora, así que por favor, llame a nuestra oficina para informarnos de su situación. Si no nos contacta, la cita se considerará como "No-Show" y automáticamente como "Pérdida" y no podrá reprogramarse.

Cómo cancelar su cita . Para cancelar su cita, llame

a la oficina al (913) 764-9393 dentro de las 48 horas. Si no puede comunicarse con un miembro del personal, puede dejar un mensaje detallado en nuestro servicio de contestador. Le devolveremos la llamada lo antes posible e intentaremos reprogramar su cita.

Cancelaciones tardías. Una

cancelación se considera tardía cuando la cita se cancela sin previo aviso de 48 horas. Una cancelación tardía resultará en la pérdida de la cita.

Política de Citas Perdidas. La falta de asistencia

a una cita programada se registrará en el historial del cliente como "Perdida". Esto incluye llegar 10 minutos tarde a su cita programada.

La primera vez que se registre una "Llegada Tardía", se cargará automáticamente un cargo de \$20 a su tarjeta de crédito registrada. Además, se aplicará un "No presentación" o "cancelación tardía", No habrá ningún cargo para el cliente. Una segunda ocurrencia será cargo de \$20 a las futuras citas perdidas por "Llegada Tardía" o "Cancelaciones Tardías". Si no puede asistir a futuras citas debido a circunstancias inesperadas, infórmenos y con gusto pondremos su programa en espera para que no pierda ninguna de sus futuras citas. Las reprogramaremos más adelante, cuando esté listo para reanudar su programa.

Nombre impreso _____ Fecha _____

Firma _____

AUTORIZACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CLIENTE DE MAX MIRACLE/MEDWAVE

POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y RECONOZCA QUE ENTIENDE Y ACEPTA

TODAS LAS DISPOSICIONES SE ACEPTAN CON LA FIRMA A CONTINUACIÓN.

Nuestra intención es mantenerlo lo más informado posible sobre el uso de Max Miracle y MedWave. Esto significa...
Le informamos sobre el funcionamiento de los tratamientos Max Miracle y MedWave. El procedimiento correcto a seguir durante el tratamiento.
Un miembro de nuestro personal le explicará claramente cómo llegar a la habitación. No dude en hacer preguntas.

1. COMIENZE CON UN TIEMPO DE TRATAMIENTO MÁS CORTO. Los seres humanos vienen en una amplia gama de colores y tamaños. Es lo que hace...
Somos una especie única y debido a esta variedad en la humanidad, la terapia de luz roja no puede ser un enfoque "único para todos".

_____ (inicial)

2. CIERTOS MEDICAMENTOS. Los medicamentos y ciertas lociones pueden hacer que su piel sea más sensible a Fotobiomodulación. Consulte la lista publicada de medicamentos y productos que aumentan la fotosensibilidad cutánea. Consulte con su médico o farmacéutico si no está seguro acerca de algún medicamento que esté tomando o si ha tenido un problema con la sensibilidad de la piel en el pasado. _____ (inicial)

3. USE PROTECCIÓN OCULAR. Por favor, use protección ocular durante el tratamiento. La protección ocular es Disponible en la sala de tratamiento. _____ (inicial)

4. ROPA INTERIOR: Use ropa de colores claros y sin metales, y quítese todas las joyas. La ropa oscura se calienta más rápido y puede resultar incómodo. _____ (inicial)

5. TATUAJES, Si un paciente tiene un tatuaje de color oscuro, puede calentarse y recomendamos cubrirlo con un tatuaje de color claro. Tela (preferiblemente blanca) o venda. Incluso puedes cortar medias de nailon blancas de farmacia para cubrir el orificio del brazo y la mano. Manga. Esto permitirá que parte de la luz penetre la fina capa de nailon y el paciente no pasará demasiado calor. Como Lipo no proporciona vendajes ni mangas de nailon. Esto es responsabilidad del cliente. _____ (inicial)

*** Láser KC

6. El uso frecuente de RETINOL puede causar fotosensibilidad. Será responsable de cubrir cualquier área que pueda aumentar la fotosensibilidad de la piel. _____ (inicial)

7. Tengo 18 años o más. _____ (inicial)

He leído atentamente el contenido de este formulario de consentimiento y declaro que no tengo conocimiento de ninguna condición médica o cualquier otra razón que me prohíba usar las máquinas Max Miracle o MedWave. Entiendo que...

No se me permitirá exceder el tiempo máximo permitido publicado en este dispositivo. Se me ha dado suficiente instrucciones para el uso adecuado de este equipo, entiendo los riesgos que implica y lo uso bajo mi propio riesgo.

Por la presente acepto liberar a los propietarios, operadores y fabricantes de cualquier daño en el que pueda incurrir debido a el uso de esta facilidad.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Firma del testigo (empleado): _____

Fecha: _____

CONSIDERACIONES DEL PACIENTE

La mayoría de las personas pueden utilizar tratamientos de terapia de luz roja, pero existen algunas consideraciones especiales;

- Personas con diagnóstico de carcinoma basocelular activo. •

Las mujeres embarazadas deben consultar a su médico antes de comenzar los tratamientos de terapia de luz roja/NIR. • Los

pacientes con epilepsia deben consultar a su médico antes de comenzar los tratamientos de terapia de luz roja/NIR.

- Tomar medicamentos que causan sensibilidad a la luz (ejemplo: tetraciclina)

Se sabe que los siguientes medicamentos causan fotosensibilidad temporal: Revise

atentamente la siguiente lista de medicamentos y marque cualquiera que haya tomado en los últimos 7 días. Se sabe que estos medicamentos causan fotosensibilidad.

Amiodarona antiarrítmica (Pacerone® Cordarone® Aratac®)

Clorpromazina (Thorazine®, Chloramead®, Chlordryprom®, Chlor® Promanyl®, Largactil®, Promapar®, Promosol®, Terpium®, Sonazine®)

Isotretinoína oral para el acné (Accutane®, Accure®, Aknenormin®, Amnesteem®, Ciscutan®, Claravis®, Isohexal®, Isotroin®, Oratane®, Sotret®, Roaccutane®)

Isotretinoína tópica (Isotrex®, Isotrexin®)

Antipsicótico Haloperidol (Haldol®)

Trifluoperazina (Stelazina®, Clnazina®, Novoflurazina®, Pentazina®, Solazina®, Terfluzina®, Triflurin®, Tripazina®)

Griseofulvina antifúngica (Grifulvin®)

Antibióticos Tetraciclina (Helidac®, Terra-Cortril®, Terramycin®, Sumycin®, Actisite®, Bristacycline®, Actisite®, Tetrex®,

Doxiciclina®, Ciprofloxacino®)

Norfloxacin (Noroxin®, Quinabic®, Janacin®)

Ofloxacin (floxin®, Oxaldin®, Tarivid®)

Ácido nalidíxico (NegGam®, Wintomylon®)

Ciprofloxacino (Cipro®, Ciproxin®, Ciprobay®)

Minociclina (Minomycin®, Minocin®, Arestin®, Akamin®, Aknemin®, Solodyn®, Dynacin®, Sebomin®)

Oxitetraciclina

Demeclociclina

Limeciclina

Metotrexato para el cáncer (MTX®, Aminopterina®, Ledertrexato®)

Artritis Auranofina (Ridaura®)

Los medicamentos mencionados anteriormente son actualmente los más comunes asociados con la fotosensibilidad y no

constituyen una lista completa de todos los medicamentos fotosensibles. Las hierbas medicinales y los medicamentos de venta libre, como el psoraleno y la hierba de San Juan, también pueden causar sensibilidad a la luz, por lo que es importante informar sobre cualquier medicamento o hierba medicinal que esté tomando.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Firma del testigo (empleado): _____

Fecha: _____