

CONTRATO PARA LA CIRUGÍA DE PÉRDIDA DE PESO

Usted ha decidido considerar la cirugía de pérdida de peso para el tratamiento de su obesidad. Esta cirugía por sí sola no puede adelgazar y no necesariamente perderá peso solo porque se someta a una cirugía para perder peso. La pérdida de peso requiere cambios de por vida en sus actitudes y hábitos relacionados con la dieta y el ejercicio. Debes comprometerte a tener éxito.

Por favor, escriba sus iniciales al lado de cada declaración si está de acuerdo con los términos:

- Entiendo que este acuerdo es esencial para la confianza necesaria en una relación proveedor-paciente.
- Entiendo que la pérdida de peso exitosa a largo plazo depende de seguir los principios y pautas de mi cirujano.
- Entiendo que si no cumplo con este acuerdo completo, mi cirujano puede negarse a realizar el procedimiento quirúrgico bariátrico y / o puede darme de alta como paciente de la práctica.
- Acepto seguir el programa según lo prescrito, participar activamente en mi cuidado posterior y asistir a las reuniones del grupo de apoyo según cuando pueda.
- Acepto que completaré cualquier prueba que requiera el programa o mi compañía de seguros de manera oportuna.
- Acepto que puedo ser financieramente responsable de cualquier cargo que mi compañía de seguros no cubra y acepto pagar esos cargos que **pueden** incluir, entre OTROS: \$ 70.00 Consulta de Nutrición, \$ 35.00 Citas de seguimiento de Nutrición, Dieta Posoperatoria, \$ 45.00 por un mes de Vitaminas Postoperatorias Bariátricas DE POR VIDA.
- Acepto consultar con mi compañía de seguros para asegurarme de que la cirugía de pérdida de peso sea un beneficio cubierto.
- Acepto seguir las dietas prescritas antes y después de mi cirugía.
- Acepto tomar vitaminas bariátricas después de la cirugía DE POR VIDA.
- Acepto comer solo hasta el punto de sentirse lleno o satisfecho, luego parar.
- Acepto **EVITAR** el helado suave o derretido, la comida chatarra, las bebidas altas en calorías, la comida frita o la comida cremosa.
- Acepto mantener mis citas de seguimiento según lo recomendado por mi proveedor (**O si estoy FUERA DE LA CIUDAD mantener las citas de seguimiento por teléfono, fax, o correo**).
- Entiendo que después de fallar tres (3) veces de intentar lograr el cumplimiento del programa, se recomendará que busque una cirugía de pérdida de peso con otra institución.
- Entiendo que si no puedo documentar la pérdida de peso adecuada durante la línea de tiempo de mi programa de cirugía bariátrica, mi cirugía puede ser cancelada.

He leído este formulario y discutido cualquier pregunta que pueda tener con mi cirujano o el personal del Programa Bariátrico. Al firmar este contrato, reconozco que entiendo completamente lo anterior y acepto adherirme a todo lo anterior de por vida.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del TESTIGO: _____ Fecha: _____

El paciente expresa comprensión de la forma y no tiene preguntas.

Firma del Personal Bariátrico: _____ Fecha: _____

Revisado 11/01/21 JRH

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____ / ____ / ____