Harmony Community Clinic
1103 W Hibiscus Blvd, Suite 302A, Melbourne, FL 32901 · harmonycommunityclinic@gmail.com

Consentimiento Informado: Control Médico de Peso con Medicamentos GLP-1

Semaglutida, tirzepatida y liraglutida (de marca o compuestas)

Nombre del paciente (letra de molde) _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

1. Descripción del tratamiento

Los medicamentos GLP-1 (y el medicamento doble GIP/GLP-1 tirzepatida) actúan sobre hormonas que controlan el apetito, la saciedad y el azúcar en la sangre. Se aplican como inyección debajo de la piel, generalmente una vez por semana (la liraglutida es diaria). La dosis empieza baja y se aumenta poco a poco. El medicamento funciona mejor junto con una alimentación saludable, suficiente proteína, actividad física y visitas de seguimiento regulares.

- Medicamento: ☐ Semaglutida ☐ Tirzepatida ☐ Liraglutida ☐ Otro: _____
- Producto: ☐ De marca aprobado por la FDA ☐ Compuesto (vea la Divulgación de Medicamentos Compuestos, formulario HCC-10)

2. Posibles beneficios y alternativas

Los posibles beneficios incluyen pérdida de peso, menos apetito y mejoría del azúcar en la sangre, la presión arterial y el colesterol. Las alternativas incluyen solo programas de nutrición y ejercicio, otros medicamentos para bajar de peso, cirugía bariátrica o ningún tratamiento.

3. Efectos secundarios comunes

Náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, dolor de estómago, inflamación abdominal, acidez, eructos, menos apetito, cansancio, dolor de cabeza, mareo, y enrojecimiento o picazón en el sitio de la inyección. Suelen ser peores al empezar o al aumentar la dosis.

4. Riesgos graves

- **Tumores de tiroides:** en estudios con roedores estos medicamentos causaron tumores de células C de la tiroides. No se sabe si esto ocurre en humanos. No deben usarlos personas con historia personal o familiar de cáncer medular de tiroides o Neoplasia Endocrina Múltiple tipo 2 (MEN2). Reportaré cualquier bulto o hinchazón en el cuello, ronquera, dificultad para tragar o falta de aire.
- **Pancreatitis:** dolor fuerte de estómago que puede extenderse a la espalda, con o sin vómitos. Suspenderé el medicamento y buscaré atención de inmediato.
- **Problemas de la vesícula,** incluyendo cálculos, especialmente con pérdida rápida de peso.
- **Deshidratación y daño a los riñones** por vómitos o diarrea. Tomaré suficientes líquidos.
- **Azúcar baja en la sangre,** especialmente si también uso insulina o una sulfonilurea (como glipizida o gliburida).
- **Vaciamiento lento del estómago:** náuseas, vómitos o inflamación fuertes o prolongados y, en casos raros, obstrucción intestinal. También aumenta el riesgo de aspirar contenido del estómago durante la anestesia o sedación. Antes de cualquier procedimiento, le diré a cualquier cirujano, dentista o anestesiólogo que uso este medicamento.
- **Reacciones alérgicas,** incluyendo hinchazón de la cara, labios o garganta, sarpullido o dificultad para respirar.
- Aumento del ritmo cardíaco; empeoramiento de la enfermedad de los ojos por diabetes en personas con diabetes; reportes raros de pérdida repentina de la vista en un ojo (NAION).
- Cambios de ánimo, depresión o pensamientos de hacerse daño. Los reportaré de inmediato.
- Pérdida de músculo junto con la grasa, y caída temporal del cabello, con la pérdida rápida de peso.
- Es común recuperar el peso después de suspender el medicamento.

He leído y entiendo los riesgos indicados arriba. _____ Iniciales

5. Embarazo y anticoncepción

Estos medicamentos no deben usarse durante el embarazo ni la lactancia. La semaglutida debe suspenderse al menos 2 meses antes de un embarazo planeado. La tirzepatida puede hacer menos efectivas las pastillas anticonceptivas: usaré un método que no sea oral o añadiré un método de respaldo (como condones) durante 4 semanas después de empezar y durante 4 semanas después de cada aumento de dosis. Para pacientes que pueden quedar embarazadas: confirmo que, hasta donde sé, no estoy embarazada ni amamantando, y avisaré de inmediato al proveedor si quedo embarazada, planeo un embarazo o comienzo a amamantar.

6. Preguntas de evaluación

	Sí	No
¿Usted o algún familiar tiene cáncer medular de tiroides o MEN2?	☐	☐
¿Ha tenido pancreatitis alguna vez?	☐	☐
¿Tiene enfermedad de la vesícula, de los riñones o gastroparesia?	☐	☐
¿Usa insulina o pastillas para la diabetes?	☐	☐
¿Tiene enfermedad de los ojos por diabetes (retinopatía)?	☐	☐
¿Tiene historia de trastorno alimenticio, depresión o pensamientos suicidas?	☐	☐
¿Tiene programada una cirugía o un procedimiento con sedación?	☐	☐

7. Mis responsabilidades

- Usar la dosis exacta recetada y nunca aumentarla por mi cuenta.
- Asistir a las citas de seguimiento y hacerme los laboratorios ordenados.
- Comer porciones más pequeñas, dejar de comer al sentirme lleno(a), tomar agua e incluir proteína y ejercicios de fuerza.
- Reportar los efectos secundarios a tiempo e informar a la clínica sobre cualquier medicamento o condición médica nueva.

Sin garantía: entiendo que la medicina no es una ciencia exacta. Los resultados varían de una persona a otra, y no se me ha hecho ninguna promesa ni garantía sobre los resultados de este tratamiento.

Derecho a rechazar o suspender: puedo rechazar este tratamiento o suspenderlo en cualquier momento. Suspenderlo no afectará mi derecho a recibir otros servicios en Harmony Community Clinic. Los cargos por servicios ya prestados o medicamentos ya entregados siguen aplicando.

Si tengo una reacción grave, como dificultad para respirar, hinchazón de la cara o la garganta, dolor de pecho, desmayo, cambios repentinos en la vista o dolor intenso, llamaré al 911 o iré a la sala de emergencias más cercana de inmediato, y luego avisaré a la clínica.

Doy mi consentimiento para el control médico de peso con medicamento GLP-1. _____ Iniciales

Firmas

Al firmar abajo, confirmo que leí este formulario (o me lo leyeron) en un idioma que entiendo, que tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas fueron contestadas, y que acepto sus términos de forma voluntaria.

Nombre del paciente (letra de molde)	Firma del paciente	Fecha

Padre / madre / tutor / representante legal (letra de molde, si aplica)	Parentesco con el paciente	Firma del representante	Fecha

Nombre y credenciales del proveedor	Firma del proveedor	Fecha

Cuéntenos sobre su visita

Su opinión ayuda a otras familias a encontrar atención de calidad. Después de su visita, escanee este código con la cámara de su teléfono para dejarle una reseña a Harmony Community Clinic en Google.

Gracias por confiarnos su salud.