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

Consentimiento Informado: Inyecciones de Vitaminas y Bienestar

Inyecciones intramusculares (IM) y subcutáneas (debajo de la piel)

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

1. Descripción del tratamiento

Las inyecciones de bienestar aplican vitaminas y nutrientes en un músculo o debajo de la piel. Las inyecciones que se ofrecen pueden incluir:

- ☐ Vitamina B12
- ☐ Lipotrópica / MIC (metionina, inositol, colina)
- ☐ Vitamina D3
- ☐ Glutatión
- ☐ NAD+
- ☐ Biotina
- ☐ Mezclas de aminoácidos
- ☐ Otra: _____

Estas inyecciones se usan para apoyar la nutrición y el bienestar. Salvo que mi proveedor me indique otra cosa, no son un tratamiento para ninguna enfermedad, y los beneficios de bienestar de estos productos no han sido evaluados por la FDA. Algunas son compuestas (vea el formulario HCC-10).

2. Riesgos

- Dolor, molestia, enrojecimiento, hinchazón o moretón en el sitio de la inyección.
- Infección o absceso en el sitio de la inyección.
- Mareo o desmayo.
- Reacción alérgica, incluyendo sarpullido, picazón, hinchazón o, en casos raros, una reacción grave (anafilaxia).
- Raro: lesión de un nervio o vaso sanguíneo.
- Vitamina B12: sarpullido parecido al acné, picazón, diarrea o sensación de hinchazón. No deben usarla personas alérgicas al cobalto o con la enfermedad de Leber (una enfermedad hereditaria de los ojos).
- Vitamina D: en exceso con el tiempo puede subir el calcio en la sangre.
- NAD+: enrojecimiento, náuseas, cólicos o una sensación breve de presión o molestia.
- Glutatión: reacciones alérgicas raras; hay pocos datos sobre su uso a largo plazo.

He leído y entiendo los riesgos indicados arriba. _____ Iniciales

3. Preguntas de evaluación

	Sí	No
¿Tiene alergia a vitaminas, al cobalto o a medicamentos?	☐	☐
¿Toma anticoagulantes o tiene un trastorno de sangrado?	☐	☐
¿Tiene enfermedad de los riñones o el calcio alto?	☐	☐
¿Está embarazada o amamantando?	☐	☐

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.

Este consentimiento aplica a la primera inyección y a las inyecciones repetidas del mismo tipo, a menos que mi salud cambie. Informaré a la clínica sobre cualquier cambio antes de cada visita.

Doy mi consentimiento para las inyecciones de vitaminas y bienestar. _____ 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.