



Este consentimiento explica el tratamiento con medicamentos agonistas del receptor GLP-1 (semaglutida) y GLP-1/GIP (tirzepatida) para el manejo del peso. Léalo con calma. Escriba sus iniciales en cada punto y haga todas las preguntas que necesite antes de firmar.

This consent explains treatment with GLP-1 receptor agonist (semaglutide) and GLP-1/GIP (tirzepatide) medications for weight management. Read it carefully. Initial each item and ask any questions you need before signing.

1. EL TRATAMIENTO

The treatment

INICIALES

Entiendo que estos medicamentos se aplican en una inyección debajo de la piel una vez por semana, que reducen el apetito y hacen más lento el vaciamiento del estómago, y que funcionan mejor junto con cambios en la alimentación, la actividad física y el sueño.

I understand these medications are injected under the skin once a week, reduce appetite and slow stomach emptying, and work best together with changes in nutrition, physical activity and sleep.

INICIALES

Entiendo que la dosis se empieza baja y se ajusta poco a poco según mi respuesta y tolerancia, y que mi APRN decide si se aumenta, se mantiene o se reduce. Nunca debo cambiar mi dosis por mi cuenta.

I understand the dose starts low and is adjusted gradually based on my response and tolerance, and that my APRN decides whether to increase, maintain or reduce it. I must never change my dose on my own.

2. MEDICAMENTO DE MARCA O COMPUESTO

Brand-name or compounded medication

Existen medicamentos de marca aprobados por la FDA para el manejo del peso (Wegovy® y Zepbound®). También existen versiones compuestas, preparadas por una farmacia licenciada para un paciente específico con receta individual.

There are FDA-approved brand-name medications for weight management (Wegovy® and Zepbound®). There are also compounded versions, prepared by a licensed pharmacy for a specific patient under an individual prescription.

INICIALES

Si recibo un medicamento compuesto, entiendo que NO está aprobado por la FDA, que la FDA no revisa su seguridad, eficacia ni calidad, y que no es lo mismo que Ozempic®, Wegovy®, Mounjaro® o Zepbound®. Puede contener otros ingredientes (por ejemplo, vitamina B12 o glicina).

If I receive a compounded medication, I understand it is NOT FDA-approved, the FDA does not review its safety, effectiveness or quality, and it is not the same as Ozempic®, Wegovy®, Mounjaro® or Zepbound®. It may contain other ingredients (for example, vitamin B12 or glycine).

INICIALES

Entiendo que la FDA ha recibido reportes de errores de dosis con medicamentos compuestos, sobre todo al confundir unidades, mililitros (mL) y miligramos (mg). Me comprometo a usar solo la jeringa y la cantidad exacta que me indique mi APRN y a preguntar si tengo cualquier duda.

I understand the FDA has received reports of dosing errors with compounded medications, especially from confusing units, milliliters (mL) and milligrams (mg). I agree to use only the syringe and exact amount my APRN indicates and to ask if I have any doubt.

INICIALES

Me explicaron que tengo la opción de usar un medicamento de marca aprobado por la FDA, que se paga por separado y puede ser cubierto por mi seguro, y elegí mi tratamiento de forma libre e informada.

It was explained that I have the option of an FDA-approved brand-name medication, paid separately and possibly covered by my insurance, and I chose my treatment freely and with full information.

3. BENEFICIOS Y RESULTADOS

Benefits and results

INICIALES

Entiendo que los posibles beneficios incluyen pérdida de peso y mejoría en el azúcar, la presión y el colesterol, pero que los resultados varían y que NO se me ha garantizado ninguna cantidad de pérdida de peso.

I understand possible benefits include weight loss and improvement in blood sugar, blood pressure and cholesterol, but results vary and NO specific amount of weight loss has been guaranteed to me.

☐

INICIALES

Entiendo que si dejo el medicamento es posible que recupere peso, y que el plan incluye una estrategia de mantenimiento.

I understand I may regain weight if I stop the medication, and that the plan includes a maintenance strategy.

4. RIESGOS Y EFECTOS SECUNDARIOS

Risks and side effects

Efectos comunes / Common effects:

Náusea, vómito, diarrea, estreñimiento, dolor o inflamación abdominal, acidez, cansancio, dolor de cabeza, mareo y reacciones en el sitio de la inyección. También puede haber pérdida de cabello y pérdida de masa muscular si no consumo suficiente proteína.

Nausea, vomiting, diarrhea, constipation, abdominal pain or bloating, heartburn, fatigue, headache, dizziness and injection-site reactions. Hair loss and muscle loss may also occur if I do not eat enough protein.

Riesgos graves (poco comunes) / Serious risks (uncommon):

- Tumores de tiroides: en estudios con roedores causaron tumores de células C de la tiroides, incluido cáncer. No se sabe si ocurre en humanos. No debo usarlos si yo o un familiar tenemos cáncer medular de tiroides o MEN 2.

Thyroid tumors: in rodent studies they caused thyroid C-cell tumors, including cancer. It is unknown whether this occurs in humans. I must not use them if I or a family member have medullary thyroid cancer or MEN 2.

- Pancreatitis: dolor fuerte y persistente en el abdomen que puede ir a la espalda, con o sin vómito.

Pancreatitis: severe, persistent abdominal pain that may spread to the back, with or without vomiting.

- Problemas de vesícula, incluidos cálculos.

Gallbladder problems, including gallstones.

- Azúcar baja, sobre todo si uso insulina u otros medicamentos para la diabetes.

Low blood sugar, especially if I use insulin or other diabetes medications.

- Daño a los riñones por deshidratación a causa de vómitos o diarrea.

Kidney injury from dehydration due to vomiting or diarrhea.

- Reacciones alérgicas graves.

Serious allergic reactions.

- Empeoramiento de la retinopatía en personas con diabetes, y aumento del ritmo cardíaco.

Worsening retinopathy in people with diabetes, and increased heart rate.

- Cambios de ánimo, depresión o pensamientos de hacerse daño. Debo avisar de inmediato si los tengo.

Mood changes, depression or thoughts of self-harm. I must report them right away.

- Riesgo de aspiración durante anestesia o sedación, porque el estómago se vacía más lento. Debo avisar a cualquier médico antes de una cirugía o procedimiento.

Risk of aspiration during anesthesia or sedation, because the stomach empties more slowly. I must tell any doctor before a surgery or procedure.

☐

INICIALES

Leí y entiendo estos riesgos. Me comprometo a llamar al 911 o ir a emergencias si tengo dolor abdominal intenso, vómito que no para, señales de deshidratación, dificultad para respirar, hinchazón de la cara o la garganta, o pensamientos de hacerme daño.

I have read and understand these risks. I agree to call 911 or go to the emergency room if I have severe abdominal pain, vomiting that does not stop, signs of dehydration, trouble breathing, swelling of the face or throat, or thoughts of harming myself.

5. EMBARAZO Y ANTICONCEPTIVOS

Pregnancy and contraception



INICIALES

Entiendo que no debo usar estos medicamentos durante el embarazo ni la lactancia. Si quedo embarazada debo suspenderlo y avisar de inmediato. La semaglutida debe suspenderse por lo menos 2 meses antes de buscar un embarazo.

I understand I must not use these medications during pregnancy or breastfeeding. If I become pregnant I must stop and notify immediately. Semaglutide should be stopped at least 2 months before trying to conceive.

INICIALES

Si uso tirzepatida y pastillas anticonceptivas, entiendo que las pastillas pueden funcionar menos. Debo usar un método no oral o agregar un método de barrera durante 4 semanas al empezar y después de cada aumento de dosis.

If I use tirzepatide and birth control pills, I understand the pills may work less well. I must use a non-oral method or add a barrier method for 4 weeks after starting and after each dose increase.

6. MIS RESPONSABILIDADES

My responsibilities

INICIALES

Me comprometo a: dar información verdadera y completa; asistir a mis seguimientos; guardar el medicamento como me indiquen; no compartirlo con nadie; tomar suficiente agua y proteína; y avisar cualquier efecto secundario, medicamento nuevo, cirugía o embarazo.

I agree to: provide true and complete information; attend my follow-ups; store the medication as instructed; never share it; drink enough water and eat enough protein; and report any side effect, new medication, surgery or pregnancy.

INICIALES

Entiendo que mi APRN puede pausar, ajustar o suspender el tratamiento si no es seguro para mí, si no sigo las indicaciones o si mis laboratorios lo requieren.

I understand my APRN may pause, adjust or stop treatment if it is not safe for me, if I do not follow instructions, or if my lab results require it.

7. ALTERNATIVAS Y DERECHO A DECIDIR

Alternatives and right to decide

INICIALES

Me explicaron las alternativas: cambios de alimentación y actividad física sin medicamento, otros medicamentos, referido a un especialista o cirugía bariátrica, o no recibir tratamiento. Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento.

Alternatives were explained to me: nutrition and activity changes without medication, other medications, referral to a specialist or bariatric surgery, or no treatment. I may withdraw this consent at any time.

INICIALES

Tuve la oportunidad de hacer preguntas y me las contestaron en el idioma que prefiero. Doy mi consentimiento de forma voluntaria.

I had the opportunity to ask questions and they were answered in my preferred language. I give my consent voluntarily.



FIRMA

Signature

Al escribir mi nombre completo abajo, firmo este documento electrónicamente y acepto que tiene la misma validez que mi firma escrita.

By typing my full name below, I sign this document electronically and agree it has the same validity as my handwritten signature.

Nombre del paciente (letra de molde) / *Patient name (print)*

Firma del paciente / *Patient signature*

Fecha de nacimiento

Date of birth

Fecha

Date

Representante legal (si aplica)

Legal representative (if any)

Firma del proveedor / *Provider signature*

Fecha / *Date*