



Formulario de consentimiento para terapia de infusión intravenosa (IV)

Este documento está destinado a servir como consentimiento informado para su terapia de infusión intravenosa (IV).

(Iniciales)_____ He informado al médico de cualquier alergia conocida a medicamentos o otras sustancias y de todos los medicamentos y suplementos actuales. He informado plenamente al personal clínico de mi historial médico.

(Iniciales)_____ La terapia de infusión intravenosa y cualquier afirmación hecha sobre estas infusiones no han sido evaluados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) y no están destinados a diagnosticar, tratar, curar o prevenir cualquier enfermedad médica. Estas infusiones intravenosas no sustituyen las recomendaciones médicas de su médico.

(Iniciales)_____ Entiendo que tengo derecho a ser informado del procedimiento, cualesquiera posibles opciones, alternativas y los riesgos y beneficios. Excepto en casos de emergencia, no se realizan procedimientos hasta que haya tenido la oportunidad de recibir dicha información y dar mi consentimiento informado.

(Iniciales)_____ Entiendo que antes de la terapia de infusión intravenosa, necesito:

1. Análisis de sangre completo (CBC, Panel Metabólico Integral, Orina) y cualquier otro laboratorio necesario para mi evaluación.
2. Llegar hidratado: si se produce deshidratación debido a la vía intravenosa, se le administrarán líquidos para corregir la deshidratación.
3. Haber ingerido alimentos o traer una merienda

(Iniciales)_____ Entiendo que lo siguiente reducirá la eficacia de la terapia de infusión intravenosa y que pueden ser necesarios más tratamientos para alcanzar una salud óptima:

1. Fumar cigarrillos
2. Consumo de cafeína (aumenta la excreción de vitamina C)
3. Mala alimentación: alimentos procesados, alto consumo de azúcar, dietas deficientes en nutrientes

4. Toxicidad por metales pesados

(Iniciales)_____ Entiendo que:

1. El procedimiento consiste en insertar una aguja en una vena e inyectar la solución prescrita.
2. Las alternativas a la terapia intravenosa son la suplementación oral y/o la dieta y cambios el estilo de vida.
3. Los riesgos de la terapia intravenosa incluyen, entre otros:
 - a. Ocasionalmente: malestar, hematomas y dolor en el lugar de la inyección, caída de la sangre. (el personal detendrá la infusión y le administrará líquidos por vía intravenosa para ayudar a que vuelva a la normalidad).
 - b. Raramente: inflamación de la vena utilizada para la inyección, flebitis, alteraciones metabólicas y lesiones.
 - c. Extremadamente raro: reacción alérgica grave, anafilaxia, infección, paro cardíaco y muerte.
 - d. Es posible que estas terapias tengan consecuencias adversas a largo plazo, pero se desconocen en este momento. La terapia intravenosa no está aprobada por la FDA para tratar o prevenir ninguna enfermedad o dolencia.

4. Los beneficios de la terapia intravenosa incluyen:

- a. Los inyectables no se ven afectados por problemas de absorción estomacal o intestinal.
- b. La cantidad total de infusión está disponible para los tejidos.
- c. Los nutrientes ingresan a las células mediante un alto gradiente de concentración.
- d. Se pueden administrar dosis de nutrientes mayores que las posibles por vía oral sin irritación gastrointestinal.

(Iniciales)_____ Soy consciente de que podrían ocurrir otras complicaciones imprevisibles. No espero que la enfermera(s) y/o médico(s) puedan anticipar o explicar todos los riesgos y posibles complicaciones. Yo confío que la enfermera(s) y/o médico(s) puedan ejercer su criterio durante el curso del tratamiento con respecto a mi procedimiento. Entiendo los riesgos y beneficios del procedimiento y he tenido la oportunidad de recibir respuestas a mis preguntas

(Iniciales)_____ Entiendo que tengo derecho a dar consentimiento o rechazar cualquier tratamiento propuesto en cualquier momento antes de su realización. Mi firma en este formulario afirma que he dado mi consentimiento para Terapia de infusión Intravenosa,

incluido cualquier otro procedimiento que, en opinión de mi(s) médico(s) u otras personas, asociados con esta práctica, pueden estar indicados.

(Iniciales)_____ Entiendo que recibir terapia de infusión intravenosa puede causar síntomas como fiebre, fatiga, dolores de cabeza o náuseas; Llame si tiene inquietudes o preguntas después de su vía intravenosa.

Mi firma a continuación confirma que:

1. Entiendo la información proporcionada en este formulario y acepto todas las declaraciones anteriores.
2. Mi enfermera y/o mi médico me han explicado adecuadamente la terapia de infusión intravenosa (IV).
3. He recibido toda la información y explicación que deseo sobre el procedimiento.
4. Autorizo y doy mi consentimiento para la realización de Terapia de Infusión Intravenosa (IV).
5. Libero a Celeste Rodriguez Colón, MD, PSC y a todo su personal de toda responsabilidad por cualquier complicación o daño asociado con mi infusión intravenosa (IV)
6. En la medida de mis posibilidades, la información que he proporcionado es completa y veraz. Yo no tergiversé la presencia, gravedad o causa de mi problema de salud.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente : _____ Fecha: _____

Firma del Personal Clínico: _____ Fecha: _____