

Contrato de uso de vitaminas

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Proveedor _____ Fecha de servicio _____

Número de historia clínica _____

_____ Acepto usar solo complejos multivitamínicos de Bariatric Advantage o Celebrate. Comprendo que no se recomiendan las vitaminas en pastillas masticables, parches, suplementos doTerra, fórmulas de liberación prolongada, dispensadores Tespo, cápsulas de gelatina ni cápsulas vitamínicas.

_____ Acepto comprar las dosis y presentaciones recomendadas de las vitaminas y seguir las indicaciones de las vitaminas determinadas por un nutricionista del Weight Loss & Wellness Center (Centro de Pérdida de Peso y Bienestar).

_____ En caso de que quiera cambiar mis vitaminas o mi esquema de administración de vitaminas, antes lo analizaré con el nutricionista del Weight Loss & Wellness Center (Centro de Pérdida de Peso y Bienestar).

_____ Comprendo que, si no sigo el esquema recomendado de administración de vitaminas, podría presentar carencias nutritivas irreversibles y potencialmente mortales de por vida.

_____ Intentaré hacerme los análisis de laboratorio dos semanas antes de las visitas programadas con el proveedor médico o el nutricionista. Comprendo que, si me hago los análisis de laboratorio después, es posible que deba programar una nueva visita con esos proveedores para que evalúen los resultados.

_____ Comprendo que no puedo tomar el suplemento de hierro si, en las dos horas anteriores, ingerí productos lácteos, tomé suplementos de calcio, o bebí té o café, ya que estas sustancias reducen la absorción de hierro.

_____ Comprendo que no puedo tomar varias dosis del suplemento de calcio simultáneamente porque el cuerpo solo absorbe una cantidad limitada de calcio a la vez.

_____ Acepto leer el manual «Daily Dose on Vitamins and Minerals» (Dosis diarias de vitaminas y minerales) en su totalidad.

_____ Acepto notificarle al nutricionista o al personal médico del Weight Loss & Wellness Center (Centro de Pérdida de Peso y Bienestar) acerca de signos y síntomas de posibles carencias indicadas en «Daily Dose on Vitamins and Minerals» (Dosis diarias de vitaminas y minerales).

Firma del paciente _____ Fecha _____