

# Integrative Medical Center Of New Mexico, PC

Burton M. Berkson, MD, PhD

Arthur J. Berkson, MD

## Avisos al Paciente

Es nuestra póliza que para que el paciente se le renueve la receta el paciente tendrá que haber tenida una consulta en el a oficina y/o análisis de sangre dentro de un periodo de tiempo dado por el doctor. El doctor determinara esto basado en su condición, cambios a su medicamento, cambios a su salud y otros factores que pueden impactar al paciente si le renuevan la receta.

Favor de firmar sus iniciales debajo como indicación de que ha leído y entiende lo siguiente:

\_\_\_ Las renovaciones de receta de medicamento controlado (por ejemplo: Xanax y Valium) típicamente requiere de una visita a la clínica.

\_\_\_ Las renovaciones de medicamento para su tiroides requiere análisis de sangre a intervalos determinado por su doctor. Esto puede ser de 6 semanas a un año, dependiendo de los análisis de sangre y cambios a su medicamento.

\_\_\_ Renovación de la receta para el medicamento Naltrexone de dosis baja típicamente requiere un análisis de sangre cada 3 meses y una cita de seguimiento.

\_\_\_ Cualquier tratamiento que sea intravenosa de vitamina/antioxidante requiere análisis de sangre y queda a la discreción del doctor.

Favor de notar lo siguiente:

\_\_\_ El FDA no revisa ni aprueba suplementos o medicamento compuesto para la seguridad y la eficacia. Por lo tanto, muchas de nuestras recomendaciones, incluyendo suplementos orales e intravenosa y medicamentos compuestos no son aprobados por el FDA para el tratamiento y/o la prevención de ninguna enfermedad.

\_\_\_ Si usted no es paciente por lo menos 3 años o más, constituirá en la disolución de la relación de doctor y paciente y cuando regrese a visita será como paciente nuevo.

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta forma, favor de hablar con la enfermera encargada, Lisa Staley. O siéntase con la libertad de discutir sus dudas o preguntas con el Dr. Burt o Dr. Arthur Berkson durante su visita.

He leído y comprendido lo anterior. \_\_\_\_\_  
Nombre Completo Firma