

S. Reed Shimamoto, MD • David Reeder, MD • Kerry Berghoff, FNP-C • Carly Hopkins, PA-C • Corey Seguire PA-C

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE INMUNOTERAPIA

INT: ___ Entiendo que las inyecciones de inmunoterapia, hiposensibilización o alergia debe ser administrado en un centro médico con un médico de medicina presente ya que la reacción ocasional puede requerir un tratamiento inmediato. Estas reacciones pueden consistir total o todos los síntomas: picor en los ojos, la nariz o la garganta; congestión nasal, secreción nasal, vómitos, urticaria, prurito generalizado y shock, los últimos en condiciones extremas. reacciones, aunque raro, puede ser grave y raramente fatal.

INT: ___ Entiendo que el paciente está obligado a esperar en el centro médico en el que recibir las inyecciones por **30 minutos después de cada inyección**. Si el paciente es de 17 años de edad o menos, un padre o tutor legal debe estar presente durante el período de espera.

INT: ___ Entiendo que si un tutor que no sea el padre o tutor legal (debe ser por lo menos 18 años de edad) es llevar el paciente menor de edad en una inyección para la alergia, deben tener el consentimiento escrito para hacerlo.

INT: ___ Certifico que yo (o paciente) no estoy tomando medicamentos beta bloqueadores o que si lo soy, he discutido los riesgos / beneficios de hacerlo con mi médico (ver hoja de información)

INT: ___ He leído (si el paciente nuevo) o volver a leer (el paciente si se establece) la hoja de información del paciente sobre la inmunoterapia y lo entiendo. la oportunidad ha sido siempre para mí de hacer preguntas sobre los posibles efectos secundarios de la inmunoterapia y estas preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

INT: ___ Yo entiendo que todas las precauciones necesarias en consonancia con la mejor practica medica se va llevar a cabo para que me proteja contra este tipo de reacciones. También estoy de acuerdo que si tengo una reacción alérgica a las inyecciones que el médico a cargo tiene permiso para tratar dicha reacción.

INT: ___ Entiendo que se requiere que llevo un autoinyector de epinefrina en mi persona en todo momento, mientras que en la inmunoterapia en el raro caso de una reacción anafiláctica. Entiendo cómo administrar el autoinyector de epinefrina y saber que debo tener para administrarlo, debería llamar a los servicios médicos de emergencia inmediatamente después de hacerlo.

INT: ___ **Reconozco el hecho con mi firma que estoy autorizando a la oficina de proyecto de ley para las vacunas de alergenos, incluso si, por cualquier razón, decido no iniciar el programa de inmunoterapia con alergenos después de la vacuna se ha hecho.** Se me ha informado que hay un cargo por separado por el extracto alérgico, y las inyecciones de la alergia. Se me ha proporcionado la oportunidad de revisar estos gastos. Soy consciente de que también puede tener un co-pago por mi extracto alérgico y cada vez que venga a mi inyección. Esto será determinado por mi compañía de seguros.

INT: ___ Estoy de acuerdo en pagar cualquier parte de mi seguro no cubre. También me comprometo a pagar mi co-pago, si es necesario, en el momento del servicio.

INT: ___ Entiendo que es la responsabilidad del paciente a llamar a su compañía de seguros para ver si el extracto alérgico y las inyecciones de la alergia son un beneficio cubierto, y el porcentaje que cubren.

INT: ___ Entiendo que mi suero no se hará hasta que el saldo de mi cuenta es pagado en su totalidad.

INT: ___ Entiendo que es responsabilidad del paciente para llamar a la compañía de seguros para ver si las inyecciones de extracto y alergia alérgico son un beneficio cubierto y qué porcentaje cubren.

El paciente recibirá _____ inyecciones y seguirá el horario Tradicional/Cluster (Esta línea está indicada por el doctor)

Desencadenadores Identificados: PRIMAVERA VERANO OTONO SACATE MOHO GATO PERRO POLVO

Otros: _____

Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____

Notas _____