



Clínica para control de peso EMPOWER

Por favor mande por
FAX al 323-361-8065

Forma de acuerdo de padre y paciente

O por correo a:
Children's Hospital Los Angeles EMPOWER
Attn: Referral Coordinator
4650 Sunset Blvd, MS #61
Los Angeles, CA 90027

Querido Madre/Padre y paciente:

Su médico ha referido su niño(a) a nuestra clínica para tratamiento médico para sobre de peso u obesidad. El programa EMPOWER es un programa de 6 meses o más de tratamiento y consejería médica, nutricional, y de comportamiento que incluye visitas frecuentes, hasta 1 a 2 tardes por mes, con el fin de optimizar el potencial de su niño(a) para lograr un peso saludable. Por favor lea las siguientes declaraciones con su niño(a), y por favor ponga sus iniciales en cada línea y firme abajo si desea ser tratado en nuestra clínica.

****Por favor tome nota: si su niño(a) tiene más de 18 años, puede poner sus iniciales y firmar por sí mismo – pero, en todo caso, su niño(a) va a necesitar su ayuda y apoyo independiente de su edad, entonces por favor lean juntos la forma y asegure que usted va poder ayudarlos para llegar a sus citas médicas y hacer cambios en la casa.**

___ Mi niño(a) y yo entendemos que nuestro médico nos ha referido para tratamiento médico, y consejería nutricional y de comportamiento, como parte de un programa completo para control de peso, y sí deseamos ese tratamiento

___ Mi niño(a) y yo entendemos que por lo menos seis meses, se nos va a pedir venir a la clínica varias veces por mes para tratamiento, y que la asistencia a todas citas es esencial con el fin de aumentar las probabilidades de que mi niño(a) logre un peso saludable

___ Mi niño(a) y yo entendemos que es posible que seamos referidos a clases o centros comunitarios como parte de nuestro plan de tratamiento

___ Mi niño(a) y yo entendemos que nos puedan pedir hacer cambios en nuestra alimentación y nuestros hábitos de comer, y que la manera mejor en la cual puedo apoyar a mi niño(a) es ser un ejemplo saludable yo mismo/a.

Firma de padre o madre (o el paciente, si tiene 18 años o más)

Fecha

Firma de niño(a) (para pacientes de 7 a 17 años)

Fecha