



Programa de Cirugía Bariátrica del Hospital Kaiser Richmond  
**Contrato del Cliente**

Fecha: \_\_\_\_\_ Médico remitente: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
Persona designada a brindar apoyo: \_\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

La cirugía de derivación gástrica o bypass gástrico se considera opcional. Aquellos pacientes que son autorizados para este tratamiento y son asignados al Hospital Kaiser Richmond deben seguir las directrices del Programa de Cirugía Bariátrica del hospital. Dichos pacientes deben familiarizarse con la información presentada para que la experiencia pre y posoperatoria sea exitosa. De esta manera aprenderán nuevos hábitos personales que los conducirá a llevar un nuevo estilo de vida más saludable. Para ser aceptado en el programa, el candidato debe aceptar asistir a las siguientes clases **impartidas en Kaiser Richmond** así como también asistir a las citas y consultas programadas.

**Acepto asistir a las siguientes clases:**

**Obligatorio:**

1. **Orientación Bariátrica:**
2. **Clase Educativa Preoperatoria:**  
Esta clase será programada, una vez usted haya logrado llegar a su peso preoperatorio trazado y le hayan dado una fecha para la operación.

Continuo (Mensualmente):

Antes de la operación: **Sólo si es requerido**

3. **Clase de asesoría preoperatoria – SÓLO SI ES REQUERIDO:**  
Una buena fuente para pacientes que necesiten apoyo o ayuda para lograr llegar al peso preoperatorio trazado.

Después de la operación:

4. **Clase de asesoría posoperatoria:** después de realizada la operación.

5. Acepto perder 10% o más de mi peso corporal antes de la operación siguiendo las pautas nutricionales del programa bariátrico
6. Después de asistir a la orientación, acepto comprometerme a seguir un programa de ejercicios diarios. Se requiere que todos los pacientes sean capaces de ejercitar por un mínimo de 15 a 20 minutos para el momento de la operación.
7. Acepto seguir el programa de ejercicios posoperatorios, después de recibir autorización médica.
8. Estoy consciente de que ésta operación es tan solo una herramienta para lograr adelgazar de forma permanente y que voy a necesitar otras herramientas más dentro de mi “caja de herramientas”, para lograr alcanzar mi meta que es mejorar mi vida.
9. Acepto continuar revisando mi dieta mentalmente y estar dispuesto a trabajar con el personal del programa bariátrico, antes y después de la operación. Para de ésta manera, poder incorporar hábitos saludables a mi vida diaria.
10. Estoy consciente de que la operación se programa después de haber:
  - Asistido a la clase de orientación.
  - Consultado con un cirujano bariátrico y un asesor.
  - Alcanzado el peso preoperatorio acordado.

Firma: \_\_\_\_\_

Firma del personal de cirugía bariátrica: \_\_\_\_\_