

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE QUIROPRÁCTICA PARA EL TRATAMIENTO

Por la presente solicito y consiento a la realización de procedimientos quiroprácticos, incluidas diversas formas de terapia física o fisioterapia, radiografías de diagnóstico y cualquier terapia de apoyo en mí (o en el paciente indicado más abajo, del cual soy legalmente responsable) por parte del doctor en quiropráctica indicado a continuación u otros doctores en quiropráctica con licencia y personal de apoyo que me puedan tratar ahora o en el futuro estando empleados por, trabajando o asociados con, o actuando como respaldo para, el doctor en quiropráctica abajo nombrado, incluyendo a los que trabajan en la clínica o consultorio abajo indicados o en cualquier otro consultorio o clínica, sean o no signatarios de este formulario.

He tenido oportunidad de conversar con el doctor en quiropráctica abajo nombrado o con otros miembros del personal del consultorio o la clínica acerca de la naturaleza y finalidad de los ajustes y procedimientos quiroprácticos.

Entiendo que los ajustes quiroprácticos y el tratamiento de apoyo están diseñados para reducir o corregir subluxaciones, permitiendo que el cuerpo vuelva a una mejor salud. También pueden aliviar ciertos síntomas a través de una aproximación conservadora con la esperanza de evitar procedimientos más invasivos. No obstante, entiendo y se me ha informado de que, al igual que ocurre con todos los tratamientos de cuidado de la salud, los resultados no están garantizados y no hay ninguna promesa de cura. Además, entiendo y estoy informado de que, como ocurre con todos los tratamientos de atención a la salud, en la práctica de la quiropráctica hay algunos riesgos en el tratamiento, incluyendo, entre otros, espasmos musculares por periodos cortos de tiempo, agravamiento o aumento temporal en los síntomas, falta de mejoría de los síntomas, quemaduras por las lámparas de calor, hielo o aparatos de calefacción; fracturas, lesiones discales, accidentes cerebrovasculares, dislocaciones y esguinces. No espero que el médico pueda prever y explicar todos los posibles riesgos y complicaciones del tratamiento, y quiero confiar en el médico para que ejercite su criterio durante el curso del procedimiento que considere en el momento y con los hechos entonces conocidos, que sea lo mejor para mí.

Entiendo además que hay opciones de tratamiento disponibles para mi afección distintas de los procedimientos quiroprácticos. Estas opciones de tratamiento incluyen, entre otras, analgésicos autoadministrados de venta libre y descanso; atención médica con medicamentos que requieren receta, como antiinflamatorios, relajantes musculares y analgésicos; fisioterapia, inyecciones de esteroides, abrazaderas y cirugía. Entiendo y se me ha informado que tengo derecho a una segunda opinión y a obtener otras opiniones si tengo preocupaciones acerca de la naturaleza de mis síntomas y opciones de tratamiento.

Entiendo que todos los pagos por tratamientos son definitivos y no se emitirán reembolsos. No obstante, los honorarios prorrateados por tratamientos prepagados no utilizados se reembolsarán si deseo cancelar el tratamiento.

He leído o se me ha leído el consentimiento anterior. También he tenido oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido, y al firmar abajo acepto los procedimientos arriba señalados. Es mi objetivo que este consentimiento cubra todo el curso del tratamiento de mi afección actual y de cualquier afección futura por la cual solicite tratamiento.

NOMBRE DEL
QUIROPRÁCTICO:

(Fecha)

FIRMA DEL PACIENTE **X**

(Indique el nombre y relación si firma en nombre del paciente)

(O el tutor, padre o representante del paciente)

TAMBIÉN FIRME EL CONTRATO DE ARBITRAJE EN EL REVERSO