Centro de Salud Quiropráctica Nielsen

Dusty Nielsen, D.C.

1502 Oklahoma Avenue

73801, Woodward, Oklahoma

Teléfono (580) 256-3122

Fax (580) 254-3839

Consentimiento para el tratamiento

NOMBRE DEL PACIENTE (Imprima):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al paciente: Por favor, lea todo este documento antes de firmarlo. Es importante que comprenda la información contenida en este documento. Por favor, haga preguntas antes de firmar si hay algo que no está claro.

**La naturaleza del ajuste quiropráctico.**

El tratamiento primario utilizado por los médicos quiroprácticos es la terapia de manipulación espinal. Usaré ese procedimiento para tratarlo. Puedo usar mis manos o instrumento mecánico sobre tu cuerpo de tal manera que mueva tus articulaciones. Esto puede causar un "estallido" o "clic" audible, como el que ha experimentado cuando "rompe" los nudillos. Puede sentir una sensación de movimiento.

**Análisis / Examen / Tratamiento**

Como parte del análisis, examen y tratamiento, usted está consintiendo a; terapia de manipulación espinal, palpación, signos vitales, pruebas de rango de movimiento, pruebas ortopédicas, pruebas neurológicas básicas, pruebas de fuerza muscular, pruebas de análisis postural, ultrasonido, terapia de frío/calor, EMS, tracción, estudios radiográficos, nutrición (incluido inyectable) **o cualquier otro servicio recomendado.**

**Los riesgos materiales inherentes al ajuste quiropráctico**

Al igual que con cualquier procedimiento de atención médica, existen ciertas complicaciones que pueden surgir durante la manipulación y terapia quiropráctica, y pueden surgir en las mejores circunstancias. Estos riesgos pueden minimizarse si se asegura de darme un historial completo y preciso, y sigue las instrucciones que le doy. Estas complicaciones incluyen, pero no se limitan a: fracturas, lesiones de disco, dislocaciones, tensión muscular, mielopatía cervical, distensiones y separaciones costovertebrales y quemaduras. Algunos tipos de manipulación del cuello se han asociado con lesiones en las arterias del cuello que conducen o contribuyen a complicaciones graves, incluido el accidente cerebrovascular. Algunos pacientes sentirán algo de rigidez y dolor después de los primeros días de tratamiento. El médico hará todos los esfuerzos razonables durante el examen para detectar contraindicaciones para la atención; sin embargo, si tiene una afección que de otro modo no llamaría la atención del médico, es su responsabilidad informar al médico. Somos un equipo para mejorar su salud, y usted necesita asesorar completamente sobre sus condiciones de salud, y cumplir con nuestras instrucciones.

**La probabilidad de que ocurran esos riesgos.**

Las fracturas son raras y generalmente son el resultado de alguna debilidad subyacente del hueso que verificamos durante la toma de su historial y durante el examen y la radiografía. El accidente cerebrovascular y / o la disección arterial causada por la manipulación quiropráctica del cuello ha sido objeto de investigación y debate médico en curso. La investigación más reciente sobre el tema no es concluyente en cuanto a un incidente específico de esta complicación. Si hay una relación casual, es extremadamente rara y remota. Desafortunadamente, no existe un procedimiento de detección reconocido para identificar a los pacientes que están en risk de accidente cerebrovascular arterial.

**La disponibilidad y naturaleza de otras opciones de tratamiento.**

Otras opciones de tratamiento para su afección pueden incluir:

* Autoadministrados, analgésicos de venta libre y reposo
* Atención médica y medicamentos recetados como antiinflamatorios, relajantes musculares y analgésicos
* Hospitalización
* Cirugía

Si eligió utilizar una de las opciones de "otro tratamiento" mencionadas anteriormente, debe tener en cuenta que existen riesgos y beneficios de tales opciones y es posible que desee discutirlos con su médico de cabecera.

**Los riesgos y peligros que conlleva permanecer sin tratamiento.**

Permanecer sin tratar puede permitir la formación de adherencias y reducir la movilidad, lo que puede establecer una reacción de dolor que reduce aún más la movilidad. Con el tiempo, este proceso puede complicar el tratamiento, haciéndolo más difícil y menos efectivo cuanto más tiempo se posponga.

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAR (MENOR) (SI NO ES UN MENOR, SALTA A "NO FIRMAR")**

Por la presente solicito y autorizo al Dr. Nielsen a realizar pruebas de diagnóstico y realizar ajustes quiroprácticos y otros tratamientos a mi hijo / hija menor: \_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nombre del niño). Esta autorización también se extiende a todos los demás médicos y miembros del personal de la oficina y está destinada a incluir el examen radiográfico a discreción del médico.

A partir de esta fecha, tengo el derecho legal de seleccionar y autorizar servicios de atención médica para el menor mencionado anteriormente. (Si procede) Bajo los términos y condiciones de mi divorcio, separación u otra autorización legal, no se requiere el consentimiento de un cónyuge / ex cónyuge u otro padre. Si mi autoridad para seleccionar y autorizar esta atención debe ser revocada o modificada de alguna manera, notificaré inmediatamente a esta oficina.

**Marque una delas siguientes opciones:**

* SÍ, mi hijo puede recibir atención quiropráctica sin la presencia de un padre/tutor.
* NO, es posible que mi hijo no reciba atención quiropráctica sin la presencia de un padre/tutor. Entiendo que si mi hijo llega a una cita sin compañía, no será visto.

**NO FIRME HASTA QUE HAYA LEÍDO Y ENTENDIDO LO ANTERIOR. POR FAVOR, MARQUE LA CAJA CORRESPONDIENTE Y FIRME A CONTINUACIÓN.**

**He leído o me han leído la explicación anterior del ajuste quiropráctico y el tratamiento relacionado. Lo he discutido con Nielsen Chiropractic Health Center y he tenido mis preguntas respondidas a mi satisfacción. He divulgado de manera completa y precisa mi historial de salud y cumpliré con las instrucciones que me den. Al firmar a continuación, declaro que he sopesado los riesgos involucrados en someterse a un tratamiento y he decidido que es lo mejor para mí someterme al tratamiento recomendado. Habiendo sido informado de los riesgos, doy mi consentimiento para el tratamiento.**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dusty Nielsen, DC**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Imprimir el nombre del paciente Nombre del médico**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del paciente Firma**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del padre o tutor (si es menor de edad)**