

## **Consentimiento Informado**

Alentamos y apoyamos un proceso de toma de decisiones compartido entre nosotros con respecto a sus necesidades de salud. Como parte de ese proceso, tiene derecho a ser informado sobre el estado de su salud y la atención y el tratamiento recomendado que se le brindarán para que pueda tomar la decisión de someterse o no a dicha atención con pleno conocimiento de los riesgos. Esta información está destinada a informarle mejor para que pueda dar o negar su consentimiento con conocimiento de causa.

**La Quiropráctica** se basa en la ciencia que se ocupa de la relación entre las estructuras (principalmente la columna) y la función (principalmente del sistema nervioso) y cómo esta relación puede afectar la restauración y preservación de la salud.

**Los Quiroprácticos** realizan ajustes para corregir o reducir las subluxaciones de las articulaciones de la columna y las extremidades. La subluxación vertebral es una alteración del sistema nervioso y es una afección en la que una o más vértebras de la columna están desalineadas y / o no se mueven correctamente, lo que provoca interferencia y / o irritación del sistema nervioso. El objetivo principal de la atención quiropráctica es la eliminación y / o reducción de la interferencia nerviosa causada por la subluxación vertebral.

Se realizará un examen quiropráctico que puede incluir examen físico y espinal, pruebas ortopédicas y neurológicas, palpación, instrumentación especializada, examen radiológico (rayos X) y pruebas de laboratorio.

El ajuste quiropráctico es la aplicación de un movimiento y / o fuerza precisos en la columna para reducir o corregir la (s) subluxación (es) vertebral. Hay varios métodos o técnicas diferentes mediante los cuales se realiza el ajuste quiropráctico, pero generalmente se realizan a mano. Algunos pueden requerir el uso de un instrumento u otro equipo especializado. Además, los procedimientos de fisioterapia o rehabilitación pueden incluirse en el protocolo de tratamiento. Entre otras cosas, la atención quiropráctica puede reducir el dolor, aumentar la movilidad y mejorar la calidad de vida.

Además de los beneficios de la atención y el tratamiento quiroprácticos, también se debe ser consciente de la existencia de algunos riesgos y limitaciones de esta atención. Los riesgos rara vez son lo suficientemente altos como para contraindicar la atención y todos los procedimientos de atención médica tienen algún riesgo asociado.

Los riesgos asociados con algunos tratamientos quiroprácticos pueden incluir dolor, esguince / distensión musculoesquelética y fractura. Los riesgos asociados con la fisioterapia pueden incluir los anteriores, así como una reacción alérgica y dolor muscular y / o articular. Además, se han informado casos de accidente cerebrovascular asociados con visitas a médicos y quiroprácticos. La investigación y la evidencia científica no establecen una relación de causa y efecto entre el tratamiento quiropráctico y la aparición de un accidente cerebrovascular; más bien, estudios recientes

indican que los pacientes pueden consultar a médicos y quiroprácticos cuando se encuentran en las primeras etapas de un accidente cerebrovascular. En esencia, ya hay un derrame cerebral en proceso. Sin embargo, se le informa de esta asociación informada porque un accidente cerebrovascular puede causar un deterioro neurológico grave.

**Se me ha informado sobre la naturaleza y el propósito de la atención quiropráctica, las posibles consecuencias de la atención y los riesgos de la atención, incluido el riesgo de que la atención no logre el objetivo deseado. Se han explicado tratamientos alternativos razonables, incluidos los riesgos, las consecuencias y la probable eficacia de cada uno. Me han informado de las posibles consecuencias si no recibo atención. Reconozco que no se me ha brindado ninguna garantía con respecto a los resultados de la atención y el tratamiento.**

**HE LEÍDO EL PÁRRAFO ANTERIOR. ENTIENDO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA. TODAS LAS PREGUNTAS QUE TENGO SOBRE ESTA INFORMACIÓN HAN SIDO RESPONDIDAS PARA MI SATISFACCIÓN. TENIENDO ESTE CONOCIMIENTO, CONOCIMIENTO AUTORIZO**

**GOOD VIBRATIONS FAMILY CHIROPRACTIC**

**PROCEDER CON EL CUIDADO Y TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO.**

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del médico:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Consentimiento de los padres para un paciente menor:**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Edad del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de imprenta de la persona legalmente autorizada para firmar Paciente:** \_\_\_\_\_

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

**Relacion al Paciente:** \_\_\_\_\_

**Además, al firmar a continuación, doy permiso para que el médico controle al paciente menor mencionado anteriormente, incluso cuando yo no esté presente para observar dicha atención.**

**Nombre en letra de imprenta de la persona legalmente autorizada para firmar Paciente:** \_\_\_\_\_

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

**Relacion al Paciente:** \_\_\_\_\_

**Observaciones:**