

Consentimiento de ajustes y cuidado quiropático

Nombre _____ DOI: _____ DOB: _____

Yo, _____ por este medio pido y doy mi consentimiento realizar ajustes quiropáticos y /o otros procedimientos relacionados por doctores con licencia quiropática empleados por **Shoar Chiropractic, Inc.** que ahora o en el futuro, pueden ejercer en el trabajo o asociación con, o ser empleado de **Shoar Chiropractic Inc.**

1. El cuidado quiropático es una ciencia, filosofía y arte de localizar y corregir subluxación vertebral (desajustes) y, como tal, está orientada hacia la mejoría de la función en relación con los aspectos de la columna de rango de movimiento muscular y neurológico. No hay ninguna promesa implícita o que hay una cura para cualquier síntoma, enfermedad o condición, como resultado del tratamiento en esta oficina.
2. Entiendo que el doctor con licencia quiropática de **Shoar Chiropractic, Inc.** utilizará sus manos, o un instrumento mecánico, sobre mi cuerpo para ajustar un conjunto, que puede causar un sonido de "pop" o "clic".
3. Al igual que con la práctica de la medicina, la práctica quiropática no es una ciencia exacta, sino que confía en la información relacionada con el paciente, la información recopilada durante el examen, y la interpretación del médico del mismo, así como el juicio del médico y la experiencia en el trabajo con casos similares.
4. No es razonable esperar que el quiropático con licencia empleada por **Shoar Chiropractic, Inc.** sea capaz de prever, o explicar, todos los posibles riesgos y complicaciones de un procedimiento dado en cualquier visita en particular. Quiero confiar en el médico para ejercer un juicio profesional en el curso de cualquier procedimiento, que se siente en el momento de estar en mi mejor interés.
5. Un resultado no deseado, o efecto secundario, no indica necesariamente un error de juicio o inadecuado tratamiento.
6. Como con cualquier procedimiento de atención de salud existen ciertas complicaciones que pueden surgir durante un ajuste quiropático. Estas complicaciones incluyen esguinces, distensiones, luxaciones, fracturas, lesiones del disco, o accidentes cerebrovasculares. Estas complicaciones son en extremadamente raros casos.

Los puntos anteriores se han entendido y / o explicado a mí, a mi entera satisfacción, y he tenido la oportunidad de hacer y / o discutir preguntas con el doctor con licencia quiropática empleado por **Shoar Chiropractic, Inc.**, y / u otro personal de la clínica. He leído el consentimiento anterior, o me lo habían leído a mí, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas. Me siento cómodo con la información proporcionada y el consentimiento para el tratamiento quiropático y la gestión sobre esa base.

Firma: _____ Fecha: _____ ☐ Padre ☐ Guardián

Consentimiento de tratamiento de un menor

Yo (Nosotros) siendo los ☐ Padres ☐ Guardián de _____, menor de edad _____, doy el presente consentimiento, autorización y solicito el doctor con licencia quiropática empleado por **Shoar Chiropractic Inc.** para administrar dicho tratamiento lo juzgue conveniente, necesaria o requerida en el menor antes mencionado. No es razonable esperar que el doctor con licencia quiropática empleado por **Shoar Chiropractic Inc.** a ser capaz de prever, todos los posibles riesgos y complicaciones de un procedimiento dado en cualquier visita en particular. Quiero confiar en el médico para ejercer un juicio profesional en el curso de cualquier procedimiento, que se siente en el momento de estar en mi mejor interés. Yo (nosotros) acuerdan que **Shoar Chiropractic Inc.** y / o Dr. _____ sea libre de toda reclamación, daños o complicaciones, que pueden resultar de tal tratamiento.

Firma: _____ Fecha: _____ ☐ Padre ☐ Guardián

Mujeres: verificación de embarazo

Yo, _____ declaro por la presente que, a lo mejor de mi conocimiento, no estoy embarazada, ni sospechoso, ni tampoco había confirmado, a partir de esta fecha. Entiendo que si los rayos X se requiere para la atención en otro momento que voy a informar a los empleados o a el doctor con licencia quiropática empleados por Shoar Chiropractic Inc. de cualquier cambio en mi estado de embarazo.

Firma: _____ Fecha: _____