



1660 S. Horner Blvd.
Sanford, NC 27330

FORMA DE CONSENTIMIENTO AL PACIENTE PARA TRATAR LO SIGUIENTE: RAYOS X, AJUSTES QUIROPRACTICOS DE FISIOTERAPIA Y ESPINALES

Yo doy permiso y consentimiento al desempeño de ajustes quiropracticos y otros procedimientos quiropracticos, inclusive varias modalidades de terapia (inclusive pero no limitado al ultrasonido, estimulo de musculos, interferencial, el hielo, 10 caliente y la traccion) y radiografias diagnosticas en yo mismo (o en el paciente denominado abajo para quien soy legalmente responsable) por el medico licenciado de Garry Nelson, DC PC incluyendo cualquier doctor quien ahora en el futuro trabaje como un medico de alivio.

He tenido la oportunidad de discutir con mi medico la naturaleza y el proposito de ajustes de el quiropractico y otros procedimientos y comprender que algunas manipulaciones espinales implican al medico que coloca las manos en mi espina dorsal y entregar un empuje o el impulso rapido al area(s) implicada. Yo tambien comprendo y he sido informado de eso, como en el ejercicio de la medicina, en la practica de quiropracticos hay algunos riesgos al tratamiento incluyendo, pero no limitado a: **fracturas, heridas de disco, los golpes, las descoloraciones de piel, las torceduras, la dolencia y quemaduras de fisioterapia**. Comprendo todos los riesgos y complicaciones y me doy cuenta de que las alternativas quizas incluyan tratamiento medico, la cirugia o hacer nada. Con mi firma abajo, yo confirmo y acepto el tratamiento necesario y por lo tanto doy el consentimiento y acepto que esos tratamientos necesitados necesarios por mi medico quiropractico esten en mis mejores intereses.

Un consentimiento al paciente solo debe ser obtenido a la hora para todo cuidado subsiguiente dado al paciente en esta oficina.

He leído, o me han leído el consentimiento informado. He tenido una oportunidad de preguntar cualquier y todas las preguntas a cerca de el contenido, y firmando abajo, yo acepto los procedimientos referidos. Pienso que este contenido debe cubrir el tratamiento entero de mi condicion presente y para futuras condiciones de tratamientos necesarias en esta oficina.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Imprima Nombre: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO DE UN NIÑO(A) SECUNDARIO (MENOR DE EDAD)

Yo el presente autorizo a los medicos del Centro Quiropractico de Nelson, Y quienquiera designar como ayudantes asistentes para administrar tratamineto necesario.

Firma del Padre o Guardian: _____ Fecha: _____

Relacion: _____

Firma del Testigo(a): _____ Fecha: _____