

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE QUIROPRACTICA

♦ **Riesgos materiales inherentes a los ajustes quiropracticos.**

Asi como en todo procedimiento en el cuidado de la salud, hay ciertas complicaciones que pueden surgir durante la manipulacion quiropractica. Esas complicaciones pueden incluir: fracturas, lesion de disco, dislocaciones, distension muscular, Sindrome de Homer, paralisis del diafragma, mielopatía cervical y separacion costovertebral. Algunos tipos de manipulacion de la nuca han sido asociados con lesiones de las arterias de la misma lo que lleva o contribuye a serias complicaciones, incluyendo derrame cerebral. Algunos pacientes pueden sentir rigidez y dolor despues de los tratamientos iniciales.

♦ **Probabilidad de riesgos a ocurrir.**

Es raro que ocurran fracturas como resultado general de la debilitacion de los huesos por lo cual estudiamos la historia de su salud durante el examen fisico y radiografias. Derrame cerebral ha sido tema de tremendo desacuerdo dentro y fuera de la profesion con una autoridad prominente que dice que puede ocurrir un caso en un millon. A pesar de que ese riesgo puede ser evitado a toda costa, empleamos pruebas durante el examen que estan disenadas para identificar si usted es susceptible a ese tipo de lesiones. Otro tipo de complicaciones son generalmente descritas como "raras".

♦ **Disponibilidad y naturaleza de otras opciones de tratamiento.**

Otras opciones para el tratamiento de su condicion incluyen:

- ♦ Auto administracion de analgesicos no prescritos y descanso.
- ♦ Tratamiento bajo cuidado medico con prescripcion de drogas tales como anti inflamatorios, relajantes musculares y pastillas para el dolor.
- ♦ Hospitalizacion con traccion
- ♦ Cirujia

Nombre _____ Fecha ____ / ____ / ____

Firma _____ Testigo: _____

Padre/Tutor: _____

FORMATO DE CONSENTIMIENTO DE INFORMACION DEL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE

Usted debe de entender como su Informacion de la Salud del Paciente (PHI) sera utilizada en esta oficina y sus derechos con respecto a esos registros. Antes de comenzar cualquier tratamiento de salud, se requiere que usted lea y firme este consentimiento, estipulando que usted entiende y esta de acuerdo como sus registros seran utilizados. Documentos mas detallados referente a la politica y procedimientos de la privacidad de informacion de su salud esta disponible al frente de esta oficina para que usted lea antes de firmar este consentimiento.

- 1) El paciente entiende y esta de acuerdo en permitir que esta oficina de Quiropractica use su Informacion de Salud de Paciente (PHI) para el proposito de tratamiento, pagos, cuidado de su salud en caso de operacion y coordinacion de la misma.
- 2) El paciente tiene el derecho de examinar y obtener copia de sus propios registros de salud en cualquier momento y solicitar correcciones. El paciente tambien puede solicitar que tipo de revelaciones han sido hechas y submitir por escrito restriccion en cuanto al uso de su Informacion de la Salud del Paciente (PHI). Nuestra oficina no esta obligada a estar de acuerdo con tales restriccioniones.
- 3) El consentimiento escrito del paciente solo es necesario ser obtenido una sola vez para proveerle tratamiento posteriormente en esta oficina.
- 4) El paciente puede proveer por escrito una solicitud para revocar el consentimiento de tratamiento en cualquier momento dado. Esto no afectara el uso de esos registros por el tratamiento otorgado antes de la solicitud por escrita de la revocacion del consentimiento pero sera aplicado a cualquier tratamiento previo a la requisicion presentada.
- 5) Esta oficina ha tomado todas las precauciones para asegurar que sus registros no esten disponibles para aquellos que no los necesitan.
- 6) Los pacientes tienen el derecho a presentar un reclamo formal con nuestro oficial de privacidad respecto a posibles violaciones de estas politicas y procedimientos.

He leído y entendido como sera utilizada my Informacion de la Salud del Paciente y estoy de acuerdo con estas politicas y procedimientos y admito haber recibido informacion acerca de la notificacion de los derechos y proteccion de la privacidad del paciente (HIPAA)

Firma del Paciente

Fecha