



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAR

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para la realización de tratamientos de acupuntura y otros procedimientos dentro del alcance de la práctica de la acupuntura en mí (o en el paciente nombrado a continuación, de quien soy legalmente responsable) por el acupunturista indicado a continuación y / u otros acupunturistas autorizados. que ahora o en el futuro me trate mientras esté empleado, trabajando, asociado o sirviendo como respaldo para el acupunturista que se menciona a continuación, incluidos los que trabajan en la clínica u oficina que se indica a continuación o cualquier otra oficina o clínica, ya sean signatarios de este formulario o no.

Entiendo que los métodos de tratamiento pueden incluir, entre otros, acupuntura, laser, moxibustión, ventosas, estimulación eléctrica, Tui-Na (masaje chino), medicina herbal china y asesoramiento nutricional. Entiendo que es posible que las hierbas deban estar preparadas y que los tés se consuman de acuerdo con las instrucciones proporcionadas oralmente y por escrito. Las hierbas pueden ser un olor o sabor desagradable. Inmediatamente notificaré a un miembro del personal clínico de cualquier efecto no anticipado o desagradable asociado con el consumo de las hierbas.

Me informaron que la acupuntura es un método de tratamiento generalmente seguro, pero que puede tener algunos efectos secundarios, como moretones, entumecimiento u hormigueo cerca de los sitios de punción que pueden durar algunos días y mareos o desmayos. Las quemaduras y / o cicatrización son un riesgo potencial de moxibustión y ventosas, o cuando el tratamiento implica el uso de lámparas de calor. Moretones es un efecto secundario común de ventosas. Los riesgos inusuales de la acupuntura incluyen aborto espontáneo, daño a los nervios y punción del órgano, incluida la punción pulmonar (neumotórax). La infección es otro riesgo posible, aunque la clínica utiliza agujas desechables estériles y mantiene un ambiente limpio y seguro.

Entiendo que si bien este documento describe los principales riesgos del tratamiento, pueden ocurrir otros efectos secundarios y riesgos. Las hierbas y los suplementos nutricionales (que provienen de fuentes vegetales, animales y minerales) que se han recomendado tradicionalmente se consideran seguros en la práctica de la medicina china, aunque algunos pueden ser tóxicos en grandes dosis. Entiendo que algunas hierbas pueden ser inapropiadas durante el embarazo. Algunos posibles efectos secundarios de tomar hierbas son náuseas, gases, dolor de estómago, vómitos, dolor de cabeza, diarrea, erupciones cutáneas, urticaria y hormigueo en la lengua. Notificaré a un miembro del personal clínico que me esté cuidando si estoy embarazada o si me quedo embarazada.

No espero que el personal clínico pueda anticipar y explicar todos los posibles riesgos y complicaciones del tratamiento, y deseo confiar en que el personal clínico ejerza su juicio durante el curso del tratamiento que el personal clínico piensa en ese momento, basándose en los hechos entonces conocidos están en mi mejor interés. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Entiendo que el personal clínico y administrativo puede revisar mis registros de pacientes e informes de laboratorio, pero todos mis registros se mantendrán confidenciales y no se divulgarán sin mi consentimiento por escrito.

Política de cancelación de citas

Se requiere aviso de 24 horas para cualquier cancelación; De lo contrario, será responsable de pagarle la tarifa de tratamiento habitual. Las citas pueden cancelarse llamando al (408) 413- 8315.

Política de no presentación a citas

Cuando establece una cita, reservamos un horario programado solo para usted, por lo que podemos estar seguros de brindarle la atención que necesita. Valoramos su tiempo y sabemos que usted valora el nuestro. Si no puede asistir a su cita y no ha sido cancelado, se le cobrará una tarifa de cita regular. Si está utilizando un certificado de regalo promocional, como Groupon, le canjearemos su certificado como utilizado.

Por favor ponga sus iniciales aquí: _____ para confirmar que está de acuerdo con nuestras políticas y está de acuerdo en hacer el pago de las citas perdidas.

Al firmar voluntariamente a continuación, demuestro que he leído, o que me han leído, el consentimiento anterior al tratamiento, que me informaron sobre los riesgos y beneficios de la acupuntura y otros procedimientos, y que tuve la oportunidad de hacer preguntas. Tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubra el curso completo del tratamiento para mi afección actual y para cualquier afección futura en la que solicite tratamiento.

NOMBRE DEL ACUPUNTURISTA:

FIRMA DEL PACIENTE X

(Fecha)

(O Representante del Paciente) (Indicar relación con el paciente, si esta firmando por el paciente)

AAC-CA