



## Consentimiento Informado Quiropráctico para el Tratamiento

Por la presente, solicito y consiento la realización de ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluyendo diversos modos de terapia física y radiografías de diagnóstico, (ya sea en mí mismo o en el paciente mencionado a continuación, del cual soy legalmente responsable) por el médico quiropráctico que trabaja para Kai Care y/o otros médicos quiroprácticos con licencia que actualmente o en el futuro me traten mientras estén empleados, trabajen con, estén asociados o brinden cobertura de locum para el médico quiropráctico principal.

He tenido la oportunidad de discutir con el Médico Quiropráctico y/o otro personal de la oficina/clínica la naturaleza y el propósito de los ajustes quiroprácticos, el masaje y otros procedimientos. Comprendo que los ajustes quiroprácticos implican que el médico coloque sus manos en mí (o en la persona de la cual soy responsable) y realice un impulso muy específico y rápido en la(s) área(s) involucrada(s). Alternativamente, el médico puede utilizar un instrumento en lugar de sus manos. Entiendo que los resultados no están garantizados. También comprendo e estoy informado de que, al igual que en la práctica de la medicina, hay algunos riesgos asociados con el tratamiento quiropráctico, incluyendo pero no limitándose a fracturas, lesiones de disco, accidentes cerebrovasculares, luxaciones y esguinces. No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo depender del juicio del médico durante el procedimiento basado en lo que el médico sienta, en ese momento, que es lo mejor para mi interés.

He leído o me han leído el consentimiento anterior, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido. Al firmar a continuación, acepto los procedimientos mencionados anteriormente. Mi intención es que este formulario de consentimiento cubra todo el curso de tratamiento para mi condición actual y para cualquier condición futura para la cual busque tratamiento.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (si firma un representante personal del paciente): \_\_\_\_\_



(801) 606-3396



www.kaicare.net



(801) 606-3398



wellness@kaicare.net