**AUTORIZACION PARA RECIBIR TRATAMIENTO QUIROPRACTICO**

Por la presente, autorizo a los doctores quiroprácticos arriba mencionados a llevar a cabo los ajustes y otros tratamiento quiroprácticos, incluyendo métodos de terapia física, en mi o en el paciente a quien represento y por quien soy responsable.

El doctor quiropráctico me ha dado la oportunidad para discutir la naturaleza y el propósito de los ajustes quiroprácticos al igual que otros procedimientos a ser utilizados. También entiendo que los resultados no están garantizados.

Naturaleza del Tratamiento Quiropráctico: El doctor utilizara las manos para mover las articulaciones y restaurar la mecánica apropiada de la espina dorsal. Usted podrá sentir un “crack” o un “pop”, similar al sonido cuando se restallan los nudillos. El sonido del estallido proviene de una burbuja de gas que se encuentra en la articulación. Otros procedimientos, tales como la estimulación eléctrica y el tratamiento en los tejidos blandos, pueden ser utilizados.

Posibles Riesgos: Al igual que con cualquier procedimiento relacionado a la salud, las complicaciones pueden surgir luego de un ajuste quiropráctico. El efecto secundario más común y experimentado por minoría de los pacientes luego de un ajuste, es rigidez o dolor leve por varios días. Algunas complicaciones en caso extremos y poco común pueden ser fractura, desgarre del ligamento, desgarre muscular, dislocación, lesiones de disco y derrame. Estimulación eléctrica muscular puede producir irritaciones en la piel, quemaduras u otras complicaciones menores.

Riesgos que Pueden Crearse: Los riesgos de complicaciones del uso excesivo de los “over-the-counter” NSAIDS debido al tratamiento quiropráctico han sido descritos como poco común. El riesgo de un derrame cerebral ha sido estimado en 1/1000,000 a 1/20,000,000 y se puede reducir aún más con los exámenes físicos. La probabilidad de reacciones adversas a los procedimientos auxiliares también se considera fuera de lo común.

Riesgos de Permanecer sin Tratamiento: El retraso del tratamiento permite la formación de adherencias tejido cicatrizado y otros cambios degenerativos. Estos cambios pueden reducir aún más la movilidad de su cuerpo e inducir de dolor crónico. La demora en el tratamiento complicaría la rehabilitación haciendo la misma más difícil.

Certificado haber leído este documento, el cual explica el tratamiento quiropráctico; que mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente; que entiendo los riesgos y beneficios de someterse a tratamiento y que estoy de acuerdo con los procedimientos anteriores. De acuerdo a este formulario, autorizo el tratamiento para la presente condición y cualquier condición futura.

Firma del Paciente o Padre/Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD**

**FAVOR DE LEER LO SIGUIENTE CUIDADOSAMENTE**

Propósito del Consentimiento: Al firmar este documento usted acepta que usemos y divulguemos se información de salud para llevar a cabo se tratamiento, actividades de pago y operaciones de cuidado de salud.

Notificación de Practicas de Privacidad: Usted tiene derecho de leer nuestra Política de Privacidad antes de decidir firmar este documento. Nuestra notificación provee una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de cuidado de salud, para el uso y divulgación que podamos darle a su información de salud. Una copia de esta Notificación acompaña este Consentimiento. Le exhortamos a que lea cuidadosamente antes de firmar este documento.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad según se menciona en la Notificación de Practicas de Privacidad. Si nosotros cambiamos nuestra prácticas de privacidad, una Notificación de Política de Privacidad estará disponible para usted. Estos cambios pueden ser aplicados a cualquier información de salud que nosotros podamos mantener.

Usted puede obtener una copia de nuestra Notificación de Política de Privacidad, incluyendo cualquier revisión de nuestra Notificación en cualquier momento al contractar a la persona arriba.

Derecho a Revocar: Usted tiene el derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento escribiéndonos una carta dirigida a la persona de contacto mencionada anteriormente. Debe saber que al usted revocar este consentimiento, esto no afecta cualquier acción ya tomada por nosotros antes de recibir su revocación. Además, nosotros podemos declinar el bridarle tratamiento si usted revoca este consentimiento.

Yo, ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este documento de Consentimiento y de la Notificación de la Practica de Privacidad. Comprendo que al firmar este documento yo autorizo al uso y divulgación de mi información protegida de salud para tratamiento, actividades de pago y operaciones de cuidado de salud.

**X** Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si este Consentimiento es firmado por otra persona representante del paciente, completa la siguiente información:

Nombre de Representante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ACUSE DE RECIBO NOTIFICATION DE PRIVACIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, he recibido una copia de la Notificación de Política de Privacidad de esta Oficina Quiropráctico.

**X** Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ACUERDO FINANCIERO**

Yo acepto que el pago de los servicios quiropráctico se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

**X** Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION**

Yo traspaso directamente al Clínica Dr. Ferreras todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mí por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que se necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, ya sea que son hechas manualmente o electrónicamente.

**X** Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_