



## Consentimiento Informado Para Tratamiento Quiropráctico

Los Doctores Quiroprácticos que usan técnicas manuales de terapia tienen la obligación de avisar a sus pacientes que hay o que puede haber algunos riesgos relacionados con dicho tratamiento. Usted debe saber en particular lo siguiente:

- a) Aunque no es común, algunos pacientes experimentan una breve agravación los síntomas, fractura de costillas o ligera lastimadura de músculos o ligamentos como resultado de las técnicas manuales de terapia;
- b) Se han reportado casos de apoplejía asociados con varios movimientos de cuello comunes incluyendo ajustes de la columna cervical superior. La evidencia médica y científica actual no establece una relación de causa y efecto definitiva entre el ajuste de la columna cervical superior y la incidencia de una apoplejía. Además, la asociación aparente ocurre con muy poca frecuencia. Sin embargo, se le advierte de esta posible relación debido a que la apoplejía puede ocasionar impedimento neurológico serio, y en muy raras ocasiones puede ocasionar lesiones incluyendo parálisis. Es extremadamente remoto que exista la posibilidad de que dicha lesión ocurra por el ajuste de la columna cervical superior;
- c) Es raro que se reporten casos de lesión de disco después de un ajuste de columna cervical y lumbar o de tratamiento quiropráctico. El tratamiento quiropráctico, incluyendo el ajuste de columna vertebral, ha sido el tema de reportes del gobierno y estudios multidisciplinarios realizados a través de muchos años y se ha demostrado que es un tratamiento efectivo para muchas condiciones de cuello y de espalda incluyendo dolor, adormecimiento, espasmos musculares, pérdida de movimiento, Dolores de cabeza y otros síntomas similares. Los cuidados quiroprácticos contribuyen a su bienestar general. El riesgo de lesiones o complicaciones que resulte del tratamiento quiropráctico es considerablemente menor que los riesgos del tratamiento médico o de otro tipo, de las medicinas y procedimientos dados para los mismos tratamientos.

Acepto que he discutido, o he tenido la oportunidad de discutir con mi quiropráctico la naturaleza y propósito del tratamiento quiropráctico en general y mi tratamiento en particular (incluyendo ajustes de la columna) al igual que el contenido de este Consentimiento.

Excepto los tratamientos quiroprácticos ofrecidos o recomendados por mi quiropráctico, incluyendo el ajuste de la columna vertebral. Es mi intención que este consentimiento se aplique a mi tratamiento actual y futuro.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_