

INFORMED CONSENT FOR CHIROPRACTIC TREATMENTS AND CARE

I hereby request and consent to the performance of chiropractic adjustments and any other chiropractic procedures, including examination tests, diagnostic x-ray(s) and physical therapy techniques, on me (or on the patient named below, for which I am legally responsible) which are recommended by the doctor of chiropractic named below and/or other licensed doctors of chiropractic who now or in the future render treatment to me while employed by, working for or associated with, or serving as back-up for the doctor of chiropractic named below.

I understand that, as with any health care procedure, there are certain complications which may arise during a chiropractic adjustment. Those complications include but are not limited to: fractures, disc injuries, dislocations, muscle strain, Horner's syndrome, diaphragmatic paralysis, cervical myelopathy and costovertebral strains and separations. Some types of manipulation of the neck have been associated with injuries to the arteries in the neck leading to or contributing to serious complications including stroke. I do not expect the doctor to be able to anticipate all risks and complications and I wish to rely on the doctor to exercise judgement during the course of the procedure(s) which the doctor feels at the time, based upon the facts then known, are in my best interest.

I have had an opportunity to discuss with the doctor named below and/or with office personnel the nature, purpose and risks of chiropractic adjustments and other recommended procedures and have had my questions answered to my satisfaction. I understand that the results are not guaranteed.

I have read () or have had read to me () the above explanation of the chiropractic adjustment and related treatment. By signing below I state that I have weighed the risks involved in undergoing treatment and have myself **decided** that it is in my best interest to undergo the chiropractic treatment recommended. Having been informed of the **risks**, I hereby give my consent to that treatment. I intend this consent form to cover the entire course of treatment for my **present** condition and for any future condition(s) for which I seek treatment.

TO BE COMPLETED BY PATIENT

Patient's Name _____ Signature of Patient _____
PLEASE PRINT

Date Signed _____ Witness to Patient's Signature _____

TO BE COMPLETED BY PATIENT'S REPRESENTATIVE IF PATIENT IS A MINOR OR PHYSICALLY OR LEGALLY INCAPACITATED

Patient Name _____ Name of Representative _____
PLEASE PRINT PLEASE PRINT

Date Signed _____ Signature of Representative _____

Relationship or Authority of Patient's Representative _____

Translated by _____ Date _____

TO BE COMPLETED BY DOCTOR OR STAFF

Name of Clinic or Office _____

Address _____
CITY STATE ZIP

Name of Doctor's treating this patient:

1. _____ PIN # _____
PLEASE PRINT

2. _____ PIN # _____
PLEASE PRINT

3. _____ PIN # _____
PLEASE PRINT

ORIGINAL TO PATIENT'S FILE: By _____ COPY TO PATIENT: By _____
INITIALS INITIALS

PERMISO PARA TRATAMIENTOS Y CUIDADO QUIROPRACTICO

Por medio de esto solicito y doy consentimiento para que mi doctor quiropráctico (nombrado abajo), otro doctor quiropráctico recomendado por mi doctor, cualquier quiropráctico que este sirviendo como asistente o trabaje para el ahora o en el futuro me puedan tratar a mi y/o (al paciente nombrado abajo por el cual yo soy responsable legalmente) con ajustamientos quiroprácticos que incluyan exámenes, radiografías (Rayos-X) y técnicas de terapia física.

Entiendo que como con cualquier procedimiento de cuidado de salud, se pueden presentar ciertas complicaciones durante un ajustamiento quiropráctico. Esas complicaciones incluyen pero no están limitadas a: fracturas, lesiones de un disco intervertebral, dislocación, tensión muscular, síndrome pupilar, parálisis diafragmático, deficiencia del sistema cervical, tensión en el costado-vertebras y separaciones. Algunos tipos de manipulación del cuello se han asociado con lesiones de las arterias conduciendo o contribuyendo a serias complicaciones, incluso a un ataque. No espero que el doctor pueda anticipar todos los riesgos y complicaciones por lo tanto confío en su juicio durante el transcurso del procedimiento que el doctor disponga para mi mejor interés.

He tenido la oportunidad de discutir con el doctor nombrado abajo o con el personal de la oficina el objetivo, propósito y riesgos de los ajustamientos quiroprácticos y de otros procedimientos recomendados y he contestado todas mis preguntas a mi satisfacción. Entiendo que los resultados no son garantizados.

He leído () o se me ha leído () la explicación anterior de los ajustes quiroprácticos y tratamiento relacionado. Al firmar yo declaro que he tomado todos los riesgos envueltos en el tratamiento y he decidido que me es conveniente recibir el tratamiento quiropráctico recomendado. Estando informado(a) de todos los riesgos con esto doy consentimiento para este tratamiento. Espero que esta forma de consentimiento cubra todo el tratamiento para mi condición actual o para cualquier condición futura para la cual pida tratamiento.

DEBE DE SER LLENADO POR EL PACIENTE

Nombre del Paciente _____ LETRA IMPRENTA Firma del paciente _____

Fecha Firmada _____ Testigo a la firma del paciente _____

DEBE DE SER LLENADO POR EL REPRESENTANTE DEL PACIENTE SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD O SI ESTA INCAPACITADO FISICAMENTE O LEGALMENTE

Nombre del Paciente _____ LETRA IMPRENTA Nombre del representante _____ LETRA IMPRENTA

Fecha firmada _____ Firma del representante _____

Parentesco o Autoridad del representante del paciente _____

Traducida por _____ Fecha _____

DEBE DE SER LLENADO POR EL DOCTOR O PERSONAL

Nombre de Clinica u Oficina _____

Domicilio _____
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Nombre de doctor(es) tratando a este paciente:

1. _____ LETRA IMPRENTA Pin # _____

2. _____ LETRA IMPRENTA Pin # _____

3. _____ LETRA IMPRENTA Pin # _____

ORIGINAL TO PATIENT'S FILE: By _____ INITIALS COPY TO PATIENT: By _____ INITIALS