

Tolman Chiropractic

4645 S. Midland Dr., Suite 2 / West Haven, Utah 84401

Declaracion y Consentimiento

Al paciente: *Usted tiene el derecho como paciente de ser informado acerca de su condicion, recomendacion de ajustes y otros procedimientos quiropracticos hechos durante el tratamiento recibido en nuestra oficina. Asi usted puede decidir si desea el tratamiento después de considerar los posibles riesgos y peligros de dicho tratamiento.*

Yo solicito y doy consentimiento a ejecutar ajustes y otros procedimientos quiropracticos incluyendo varios modos de terapia fisica y radiografias diagnosticas (si es necesario) para mi o mi dependiente (por el cual yo soy responsable) por el Dr. Tolman DC y otros doctores quiropracticos licenciados ademas de otros empleados de la clinica , en este momento y en tratamientos en el futuro siempre y cuando esten empleados por la clinica , trabajando con el o de refuerzo al Dr. Tolman. Yo entiendo que tengo la oportunidad de discutir con el Dr. Tolman mi diagnosis, el origen y proposito de los ajustes quiropracticos ademas de otros procedimientos y alternativas. Yo entiendo y estoy informado que en la practica quiropractica hay algunos riesgos al examinar y al dar tratamiento incluyendo pero no limitado a: dolor, inflamación de los tejidos, mareos, quemaduras y empeoramiento temporero de los síntomas. Mas serios efectos son raros pero puedo ser informado a petición mia. Yo no espero que el doctor pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones asi que estoy dispuesto a depender que el doctor ejercite su juicio durante el curso del procedimiento basado en las razones establecidas en ese momento y en mi bienestar. Ademas reconozco que no hay garantias o aseguanza hechas a mi concniente al intento de los resultados del tratamiento .

He leído o me han leído el mencionado consentimiento a un plan de tratamiento. Yo tengo la intencion de que este consentimiento cubra todo el curso de tratamiento por mi condicion presente y por cualquier condicion en el futuro por la cual yo busque tratamiento.

Para ser completado por el paciente:

Para ser completado por el representante del paciente,
si es necesario, ie, si el paciente es un menor o físicamente o
legalmente incapacitado:

Nombre

Nombre del paciente

Firma del paciente

Nombre del representante

Fecha

Firma del representante

Relacion del representante al paciente

Fecha