

OPTIMUM SPINE

CHIROPRACTIC
CENTER

Fecha: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____ Edad: _____ Sexo: M F
 Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Correo electrónico: _____ Teléf. casa: _____ Teléf. celular: _____
 Estado civil: Soltero Casado ¿Tiene seguro médico? Sí No Teléf. trabajo: _____
 Número de seguro social: _____ Número de licencia de conducir: _____
 Empleador: _____ Ocupación: _____
 Nombre del cónyuge: _____ Empleador del cónyuge: _____
 Número de hijos y edades: _____
 Nombre y número de teléfono del contacto en caso de emergencia: _____
 Relación: _____

HISTORIAL DE MOLESTIAS/LESIONES

Por favor indique la(s) condición(es) por la(s) que viene a nuestro consultorio.

Condición	Severidad (1-10)	¿Cuándo comenzó?	¿Está relacionado con una lesión?	¿Es constante?
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____

¿La(s) condición(es) ha(n) sido tratada(s) por alguien en el pasado? No Sí

En caso afirmativo: ¿Cuándo? _____ ¿Por quién? _____

¿Cuánto tiempo estuvo bajo tratamiento?: _____ ¿Qué resultados obtuvo? _____

Nombre del quiropráctico anterior: _____ N/A

MARQUE las áreas del diagrama con las siguientes letras para

describir sus síntomas:

I = Se Irradia A = Ardor L = Leve/Constante A = Doloroso

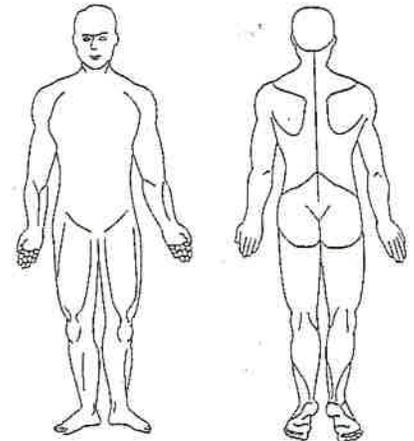
N = Adormecimiento S = Agudo/Punzante T = Hormigueo

¿Qué alivia los síntomas? _____

¿Qué empeora los síntomas? _____

¿Su problema es el resultado de ALGÚN tipo de accidente? Sí No

Identifique cualquier otra(s) lesión(es) en su columna, leve o mayor, sobre la que el doctor deba saber:



ACTIVIDADES DEL DÍA A DÍA

Identifique cómo su condición actual afecta su habilidad de realizar las actividades de rutina diarias:

ACTIVIDAD	EFECTO			
Cargar la compra	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Doloroso (puedo hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitante)	<input type="checkbox"/> No puedo hacerlo
Sentarse y pararse	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Doloroso (puedo hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitante)	<input type="checkbox"/> No puedo hacerlo
Subir escaleras	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Doloroso (puedo hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitante)	<input type="checkbox"/> No puedo hacerlo
Uso prolongado del computador	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Doloroso (puedo hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitante)	<input type="checkbox"/> No puedo hacerlo
Tareas domésticas	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Doloroso (puedo hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitante)	<input type="checkbox"/> No puedo hacerlo
Permanecer de pie/sentado por largos períodos	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Doloroso (puedo hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitante)	<input type="checkbox"/> No puedo hacerlo
Caminar	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Doloroso (puedo hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitante)	<input type="checkbox"/> No puedo hacerlo
Nivel de energía	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Doloroso (puedo hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitante)	<input type="checkbox"/> No puedo hacerlo
Capacidad de ejercitarse	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Doloroso (puedo hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitante)	<input type="checkbox"/> No puedo hacerlo
Otro: _____	<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Doloroso (puedo hacerlo)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limitante)	<input type="checkbox"/> No puedo hacerlo

Marque con una P para el "pasado", una A para "actualmente" y una N para "nunca"

<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/cuello	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Asma/Alergias	<input type="checkbox"/> Úlceras/Acidez estomacal
<input type="checkbox"/> Impotencia/disfunción sexual	<input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes	<input type="checkbox"/> Problemas digestivos	
<input type="checkbox"/> Problemas de próstata	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga	
<input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula, TMJ	<input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/> Desmayos/problemas de equilibrio	
<input type="checkbox"/> Problemas de corazón	<input type="checkbox"/> Trastornos de la alimentación	<input type="checkbox"/> Dolor en el hombro	
<input type="checkbox"/> Problemas en la piel	<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> Problemas con la presión arterial	
<input type="checkbox"/> Problemas menstruales/PMS	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda/cadera	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	
<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/> Problemas en los riñones	<input type="checkbox"/> Cambios de humor/depresión	
<input type="checkbox"/> Dolor al toser	<input type="checkbox"/> Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Problema del hígado	
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Problemas de pie/tobillo	<input type="checkbox"/> Escoliosis	
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Trastornos del sueño	<input type="checkbox"/> Adormecimiento/cosquilleo en brazos y piernas	

INDIQUE TODAS LAS MEDICINAS Y SUPLEMENTOS QUE TOMA

MEDICINAS

SUPLEMENTOS

HISTORIAL

¿Ha sufrido en el pasado algún problema de este tipo o similar? No Sí

¿Cuándo fue la última vez que tuvo un episodio? _____

Indique los tipos de trabajos que haya tenido en el pasado, que hayan supuesto un esfuerzo físico en su cuerpo: _____

Indique si alguna vez ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones, con una:

P = en el *pasado*, C = en la *actualidad* y N = *nunca* he sido diagnosticado/a

<input type="checkbox"/> Fractura ósea	<input type="checkbox"/> Dislocación	<input type="checkbox"/> Tumores	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Fractura
<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Infarto	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Otras condiciones severas: _____			

HISTORIAL FAMILIAR

1. ¿Alguien de su familia sufre de la misma condición? No Sí En caso afirmativo, ¿quién?
Abuela Abuelo Madre Padre Hermano(s) Hermana(s) Hijo(s) Hija(s)
- ¿Alguna vez han sido tratados por su condición? No Sí No sé
2. ¿Alguna otra condición hereditaria que el doctor deba conocer? No Sí: _____

HISTORIAL SOCIAL

- Frecuencia**
1. Fuma: Cigarros Pipa Cigarrillos Diariamente Fines de semana Ocasionalmente Nunca
2. Bebidas alcohólicas: el consumo ocurre Diariamente Fines de semana Ocasionalmente Nunca
3. Uso de drogas recreacionales: Diariamente Fines de semana Ocasionalmente Nunca
4. Hobbies/actividades recreacionales/ejercicios: ¿Cómo le afecta su problema actual? (ver formulario sobre actividades)

Por la presente autorizo que el pago se haga directamente a Optimum Spine Chiropractic Center , por todos los beneficios que puedan ser aplicables bajo un plan de salud o de cualquier otra fuente secundaria. Autorizo la utilización de esta solicitud, o de copias de esta, con el propósito de procesar reclamos y efectuar pagos, y además declaro que esta asignación de beneficios no me libera de ninguna manera de la responsabilidad de pago y que seguiré siendo financieramente responsable ante Optimum Spine Chiropractic Center por todos y cada uno de los servicios que reciba en esta oficina.

Firma del paciente o persona autorizada

Fecha de realización

Firma del doctor

Fecha de revisión del formulario

AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR RAYOS X

COMO SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA, SOMOS LEGALMENTE RESPONSABLES DE SUS REGISTROS QUIROPRÁCTICOS. DEBEMOS MANTENER UN REGISTRO DE SUS RADIOGRAFÍAS EN NUESTROS ARCHIVOS. PREVIA SOLICITUD, LE PROVEEREMOS UNA COPIA DE SUS RADIOGRAFÍAS. LA TARIFA POR COPIAR SUS RADIOGRAFÍAS EN UN DISCO ES DE \$15, LA CUAL DEBE SER PAGADA POR ADELANTADO

EN LOS DÍAS DE HORARIO REGULAR DE LA PRÁCTICA, LAS RADIOGRAFÍAS DIGITALES EN CD ESTARÁN DISPONIBLES DENTRO DE LAS 72 HORAS SIGUIENTES AL PAGO ANTICIPADO DE LAS MISMAS. LOS RAYOS X SE UTILIZAN EN ESTA OFICINA PARA AYUDAR A LOCALIZAR Y ANALIZAR SUBLUXACIONES VERTEBRALES. ESTAS RADIOGRAFÍAS NO SE USAN PARA INVESTIGAR PATOLOGÍAS MÉDICAS. LOS DOCTORES DE OPTIMUM SPINE CHIROPRACTIC CENTER NO DIAGNOSTICAN NI TRATAN CONDICIONES MÉDICAS; SIN EMBARGO, SI ENCONTRAMOS ALGUNA ANORMALIDAD, SE LO HAREMOS SABER PARA QUE PUEDA BUSCAR ASESORÍA MÉDICA.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, USTED ESTÁ DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ANTERIORES

Escriba su nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

REFERENTE A: Rayos X/estudio de imágenes

SOLO PARA PACIENTES FEMENINOS: por favor lea cuidadosamente y marque las casillas, incluya la fecha correspondiente, luego firme abajo si ha entendido y no tiene más preguntas, de lo contrario consulte a nuestra recepcionista para más información.

El primer día de mi último ciclo menstrual fue: ____ - ____ - ____ (Fecha)

Se me ha dado una explicación completa de cuándo es más probable que quede embarazada, y a mi saber no lo estoy.

Con mi firma a continuación declaro que el doctor y/o un miembro del personal ha discutido conmigo los efectos peligrosos de la ionización para el feto y he expresado mi comprensión de los riesgos asociados con la exposición a los rayos X. Por lo tanto, después de considerarlo detenidamente, consiento en que se realice el examen de diagnóstico por rayos X que el doctor ha considerado necesario en mi caso.

Firma del paciente o persona autorizada

_____/_____/_____
Fecha

Por ley, esta oficina está obligada a proteger tanto la privacidad, como la seguridad de su información médica. Debemos proporcionarle una notificación por escrito sobre sus derechos a su información de salud y las posibles circunstancias bajo las cuales, por ley, o según lo dictado por la política de nuestra oficina, se nos permita usar y revelar su información a un tercero sin su autorización. A continuación se expone un breve resumen de estas circunstancias. Si desea una explicación más detallada, se la proporcionaremos. **Por favor, léala con atención, firme la confirmación y devuélvala a nuestro personal de recepción. Guarde esta página para sus archivos.**

USO Y DIVULGACIÓN

1. Con fines de tratamiento: utilizar su información médica y compartirla con otros proveedores de atención médica que lo estén tratando.
2. Funcionamiento de nuestra organización: usar y compartir su información médica para manejar nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.
3. Cobrar por sus servicios: usar y compartir su información médica para facturar y obtener el pago por parte de los planes de salud u otras instituciones.
4. Divulgaciones involuntarias: un área de tratamiento abierta significa una discusión abierta. Si necesita hablar en privado con el médico, por favor, hágaselo saber a nuestro personal para que podamos ubicarlo en una habitación privada.
5. Colaborar con asuntos de salud y seguridad pública: para prevenir o disminuir una amenaza seria o inminente a la salud o seguridad de una persona o del público en general.
6. Cumplir con la ley: compartir su información si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos en caso de que quieran asegurarse que cumplimos con la ley federal de privacidad.
7. Trabajar con un inspector médico o director de funeraria: compartir información de salud con un forense, inspector médico o director de funeraria en el caso de fallecimiento de un paciente.
8. Reclamos del seguro de indemnización del trabajador: con fines de aplicación de la ley o ante un agente del orden público y otras solicitudes gubernamentales, incluidos los organismos de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, funciones gubernamentales especiales como las militares, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial.
9. Responder a demandas y acciones legales: compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.
10. Emergencia: en caso de una emergencia médica, para poder notificar a un miembro de su familia.
11. Llamadas telefónicas y/o correos electrónicos: podemos llamar a su casa y dejarle mensajes con respecto a recordatorios de citas o indicarle sobre cambios en el horario de atención al público de nuestra oficina o futuros eventos.
12. Cambio de propietario: en caso de que esta clínica se venda, su información médica será propiedad del nuevo dueño. Usted mantiene el derecho de solicitar que las copias de su información médica sean transferidas a otro proveedor.

SUS DERECHOS:

1. Revisar sus registros y recibir una copia de los mismos sin cargo alguno, con previa notificación.
2. Recibir un informe de las divulgaciones.
3. Recibir una copia en papel del Aviso de Privacidad en detalle.
4. Solicitar el envío de correspondencia a una dirección diferente a la de su residencia.
5. Solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones y sobre a quién le damos la información, aunque no estamos obligados a cumplirlas. Sin embargo, si estamos de acuerdo, la restricción estará vigente hasta que se notifique por escrito su intención de eliminarla.
6. Solicitar modificaciones de la información. Sin embargo, al igual que las restricciones, no estamos obligados a aceptarlas.
7. Obtener **UNA COPIA** de sus registros sin costo alguno, cuando se notifique con antelación (72 horas). Las radiografías son registros originales y por lo tanto usted no tiene derecho a ellas. Si desea que los enviemos a un centro de imágenes, para que se hagan copias, con gusto lo haremos. Sin embargo, usted será responsable del costo que esto suponga.

He recibido una copia del Aviso de Privacidad del Paciente de Optimum Spine Chiropractic Center. Entiendo mis derechos, así como el deber de la práctica de proteger mi información de salud y he expresado al doctor que entiendo estos derechos y deberes. Además, entiendo que esta oficina se reserva el derecho de modificar este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento en el futuro y hará que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información que mantiene en el pasado y en el presente.

Soy consciente de que una versión más completa de este "Aviso" está disponible para mí y que se encuentran varias copias en el área de recepción. En este momento, no tengo ninguna pregunta sobre mis derechos o sobre la información que he recibido.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Padre o representante: _____

Relación: _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

ACUERDO DE ARBITRAJE

Artículo 1: acuerdo de arbitraje. Queda entendido que toda disputa relativo a la negligencia médica, es decir, a si los servicios médicos prestados en virtud del presente contrato fueron innecesarios, no autorizados o si se prestaron inapropiadamente, de manera negligente o incompetente, se determinará sometiéndolos a arbitraje, según lo dispuesto en las leyes estatales y federales, y no mediante una demanda o recurso de un proceso judicial, salvo que las leyes estatales y federales prevean la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Al celebrar este contrato, ambas partes en este contrato renuncian a su derecho constitucional de que cualquier disputa de este tipo se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y en su lugar aceptan el uso del arbitraje. Además, las partes no tendrán derecho a participar como miembros de ningún grupo de demandantes y no habrá autorización para que ninguna disputa se decida en base a una acción colectiva. El arbitraje solo puede decidir una disputa entre las partes y no puede consolidar o unir reclamaciones u otras personas que tengan reclamaciones similares.

Artículo 2: todo reclamo debe ser sometido a arbitraje. Queda entendido también que toda disputa que no esté relacionada con la negligencia médica, incluso aquellas que puedan estar sujetas a arbitraje o no, aquellas que determinen si este acuerdo es inaceptable y cualquier disputa procesal, se determinará también sometiéndola a un arbitraje de carácter vinculante. La intención de las partes es que este acuerdo establezca una obligación para todas ellas en lo que respecta a todas y cada una de las reclamaciones, incluidas las que se deriven o estén relacionadas con el tratamiento o los servicios prestados por el proveedor de atención médica, incluidos los herederos o los cónyuges pasados, presentes o futuros del paciente en relación con todas las reclamaciones, incluida la pérdida de consorcio. Este acuerdo también tiene por objeto obligar a los hijos del paciente, nacidos o por nacer, en el momento en que se produce el hecho que da lugar a cualquier reclamación. Este acuerdo tiene por objeto vincular al paciente y al proveedor de atención médica y/u otros proveedores de atención médica autorizados, preceptores o pasantes que ahora o en el futuro traten al paciente, mientras estén empleados, trabajando o asociados con el proveedor de atención médica o sirviendo como sustituto del mismo, incluidos los que trabajen en la clínica u oficina del proveedor de atención médica o en cualquier otra clínica u oficina, sean o no signatarios de este formulario.

Todos los reclamos por daños monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de reclamos menores contra el proveedor de atención médica y/o los asociados, asociación, corporación, sociedad, empleados, agentes y patrimonios del proveedor de atención médica, deben ser sometidos a arbitraje, incluyendo, sin limitación, reclamos por pérdida de consorcio, muerte por negligencia, problemas emocionales, desagravio por mandato judicial o daños punitivos. Este acuerdo tiene por objeto crear una contabilidad abierta, a menos que y hasta que sea revocado.

Artículo 3: procedimientos y ley aplicable. Una solicitud de arbitraje debe ser comunicada por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro de la parte) en un plazo de treinta días y se seleccionará un tercer árbitro (árbitro neutral) que será nombrado por los árbitros de las partes en los treinta días siguientes. El árbitro neutral será entonces el único árbitro y decidirá el arbitraje. Cada una de las partes implicadas en el arbitraje pagará la parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral que le corresponda, junto con otros gastos del arbitraje en los que haya incurrido o que haya aprobado el árbitro neutral, sin incluir los honorarios de los abogados, los honorarios de los testigos u otros gastos en los que haya incurrido una parte en beneficio propio. Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de dividir las responsabilidades y los daños, previa solicitud por escrito al árbitro neutral.

Las partes consienten en que intervenga y se sume a este arbitraje cualquier persona o entidad que, de otro modo, sería una parte adicional adecuada en una acción judicial, y tras dicha intervención y adhesión, cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad adicional quedará en suspenso hasta el arbitraje. Las partes acuerdan que la disposición de la ley estatal y federal, cuando sea aplicable, que establece el derecho a introducir pruebas de cualquier cantidad pagadera como beneficio para el paciente hasta el máximo permitido por la ley, limitando el derecho a recuperar pérdidas no económicas y el derecho a que un juicio por daños futuros se ajuste a los pagos periódicos, se aplicará a las disputas dentro de este acuerdo de arbitraje. Las partes acuerdan además que las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje regirán cualquier arbitraje que se lleve a cabo de conformidad con este Acuerdo de Arbitraje.

Artículo 4: disposición general. Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas se arbitrarán en un solo procedimiento. Se renunciará a una reclamación y será excluida para siempre si: 1) en la fecha en que se reciba la notificación de la misma, la reclamación, si se hace valer en una acción civil, prescribiría por el estatuto o las limitaciones legales aplicables o 2) el demandante no prosigue la reclamación de arbitraje de conformidad con los procedimientos prescritos en el presente documento con una diligencia razonable.

Artículo 5: revocación. El presente acuerdo podrá ser revocado mediante notificación escrita entregada al proveedor de servicios de salud dentro de los 30 días siguientes a su firma y, si no se revoca, regirá todos los servicios profesionales recibidos por el paciente y todas las demás controversias entre las partes.

Artículo 6: efecto retroactivo. Si el paciente tiene la intención de que el presente acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha de su firma (por ejemplo, tratamiento de emergencia), deberá poner sus iniciales aquí [REDACTED]. Efectivo a partir de la fecha de los primeros servicios profesionales.

Si alguna disposición del presente acuerdo de arbitraje se considera inválida o inaplicable, las demás disposiciones seguirán en pleno vigor y no se verán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este Acuerdo de Arbitraje. Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

ADVERTENCIA: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED ACEPTA QUE CUALQUIER ASUNTO DE NEGLIGENCIA MÉDICA SEA DECIDIDO POR UN ARBITRAJE NEUTRAL Y RENUNCIA A SU DERECHO A JUICIO O CORTE. VER ARTÍCULO 1 DE ESTE ACUERDO. (Fecha)

FIRMA DEL PACIENTE _____
(o representante del paciente)
(Fecha)

X

(Indique la relación si se firma por el paciente)

FIRMA DE LA OFICINA _____

X

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR CUIDADOS

Usted es el responsable de tomar decisiones para el cuidado de su salud. Parte de nuestro objetivo es proporcionarle información para ayudarle a tomar las mejores decisiones. Este proceso a menudo se conoce como "Consentimiento Informado" e involucra su entendimiento y acuerdo con respecto al cuidado que recomendamos, los beneficios y riesgos asociados con el mismo, las alternativas y el efecto potencial en nuestra salud si usted elige no recibir el cuidado.

Podemos llevar a cabo algunos procedimientos de diagnóstico o examen si así se indica. Cualquier examen o prueba que se realice se llevará a cabo cuidadosamente pero podría ser incómodo.

El cuidado quiropráctico se centra en lo que se conoce como ajuste quiropráctico. También puede haber procedimientos o recomendaciones de apoyo adicionales. Al proporcionar un ajuste, usamos nuestras manos o un instrumento para repositonar las estructuras anatómicas, como las vértebras. Los beneficios potenciales de un ajuste incluyen la restauración del movimiento normal de la articulación, la reducción de la hinchazón e inflamación en una articulación, la reducción del dolor en la articulación y la mejora del funcionamiento neurológico y el bienestar general.

Es importante que entienda que, como en todos los métodos de atención de la salud, los resultados no están garantizados y no hay ninguna promesa de curación. Como en todos los tipos de intervenciones de atención de la salud, hay algunos riesgos relacionados que incluyen, pero no se limitan a: espasmos musculares, agravamiento y/o aumento temporal de los síntomas, falta de mejora de los síntomas, quemaduras y/o cicatrices por estimulación eléctrica y por terapias calientes o frías, incluyendo pero no limitadas a bolsas calientes y hielo, fracturas (huesos rotos), lesiones de disco, accidentes cerebrales, dislocación, torceduras y esguinces. Con respecto a los accidentes cerebrovasculares, existe una rara pero grave afección conocida como "disección arterial" que suele ser causada por un desgarramiento de la capa interna de la arteria que puede provocar el desarrollo de un trombo (coágulo) con el potencial riesgo de causar un accidente cerebrovascular. La mejor evidencia científica disponible apoya el entendimiento de que el ajuste quiropráctico no causa una disección en una arteria normal sana. Los procesos de enfermedad, los desórdenes genéticos, la medicación y las anomalías en los vasos sanguíneos pueden hacer que una arteria sea más susceptible a la disección. Los accidentes cerebrovasculares causados por disecciones arteriales se han asociado con más de 72 actividades diarias

como estornudar, conducir y jugar al tenis. Las disecciones arteriales se producen en 3-4 de cada 100.000 personas, independientemente de que reciban o no atención médica. Los pacientes que experimentan esta condición a menudo, pero no siempre, se presentan a su médico o quiropráctico con dolor de cuello y de cabeza. Desafortunadamente, un porcentaje de estos pacientes pueden sufrir un derrame cerebral.

La asociación reportada entre las visitas al quiropráctico y el derrame cerebral es extremadamente rara y se estima que está relacionada en uno en un millón a uno en dos millones de ajustes cervicales. A modo de comparación, la incidencia de la admisión en el hospital atribuido al uso de aspirina de los principales eventos gastrointestinales de todo el tracto gastrointestinal (superior e inferior) fue de 1219 eventos por un millón de personas/año y el riesgo de muerte se ha estimado en 104 por cada millón de usuarios. También es importante que entienda que hay opciones de tratamiento disponibles para su condición aparte de los procedimientos quiroprácticos. Es probable que ya haya probado muchos de estos procedimientos. Estas opciones pueden incluir, entre otras, la atención auto administrada, los analgésicos de venta libre, las medidas físicas y el descanso, la atención médica con medicamentos de venta con receta, la fisioterapia, los aparatos ortopédicos, las inyecciones y la cirugía. Por último, tiene derecho a una segunda opinión y a recibir otras sugerencias sobre sus circunstancias y la atención médica que considere oportunas.

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. Entiendo que no es posible considerar todos los posibles complicaciones en los cuidados. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido, y al firmar abajo, estoy de acuerdo con la recomendación actual o futura de recibir atención quiropráctica según se considere apropiado para mi caso. Tengo la intención de que este consentimiento cubra todo el proceso de cuidado de todos los proveedores de esta oficina para mi condición actual y para cualquier condición futura para la que busque atención quiropráctica en esta oficina.

Nombre del paciente _____ Firma _____ Fecha _____

Padre o persona responsable _____ Firma _____ Fecha _____

Nombre del testigo _____ Firma _____ Fecha _____