

Consentimiento Informado para Atención Quiropráctica

Formulario de consentimiento que explica la naturaleza, riesgos y beneficios del tratamiento quiropráctica, incluyendo manipulación espinal

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Naturaleza del Tratamiento Quiropráctica

Descripción General de la Atención Quiropráctica:

La atención quiropráctica implica el diagnóstico y tratamiento de condiciones musculoesqueléticas, principalmente a través del ajuste manual y la manipulación de la columna vertebral y otras articulaciones. Su plan de tratamiento puede incluir:

- Ajustes espinales (manuales o asistidos por instrumentos)
- Movilización articular y terapia de tejidos blandos
- Ejercicios terapéuticos y estiramientos
- Estimulación eléctrica, ultrasonido o terapia láser fría
- Consejos sobre estilo de vida y ergonomía

El objetivo de la atención quiropráctica es restaurar la alineación y función adecuadas, reducir el dolor y mejorar su calidad de vida general.

Riesgos y Beneficios

Beneficios Potenciales:

- Alivio del dolor y mejora de la movilidad
- Reducción de la inflamación
- Mejora de la postura y alineación espinal
- Mejora de la función del sistema nervioso
- Reducción de la dependencia de medicamentos para el dolor

Riesgos Potenciales de la Manipulación Espinal:

Aunque los ajustes quiroprácticos son generalmente muy seguros, algunos riesgos incluyen:

- Sensibilidad temporal o molestia en el área tratada (más común)
- Dolor de cabeza o fatiga después del tratamiento
- Agravación de la condición existente (temporal)
- Espasmo muscular o distensión
- Fractura de costilla (rara, más probable con osteoporosis)
- Hernia discal o empeoramiento de una condición discal existente (rara)
- Accidente cerebrovascular o disección de la arteria vertebral después de la manipulación cervical (cuello) — esto es extremadamente raro (estimado en 1 de 1-5 millones de ajustes) pero puede ser grave

Alternativas a la Atención Quiropráctica:

- Medicamentos de venta libre o recetados
- Fisioterapia
- Masaje terapéutico
- Intervención quirúrgica
- Sin tratamiento (con posibilidad de que la condición empeore)

Reconozco que he sido informado sobre los riesgos y beneficios potenciales del tratamiento quiropráctico, incluyendo el riesgo raro pero grave de accidente cerebrovascular asociado con la manipulación cervical.

Entiendo los riesgos y beneficios descritos anteriormente: _____

Entiendo los riesgos adicionales específicamente asociados con la manipulación de la columna cervical y doy mi consentimiento para recibir este tratamiento si mi quiropráctico determina que es apropiado para mi condición.

Específicamente doy mi consentimiento para ajustes cervicales (cuello): _____

Derechos del Paciente

Sus Derechos como Paciente:

1. Tiene derecho a hacer preguntas sobre cualquier tratamiento propuesto en cualquier momento.
2. Tiene derecho a rechazar o discontinuar cualquier tratamiento en cualquier momento.
3. Tiene derecho a obtener una segunda opinión.
4. Tiene derecho a conocer las cualificaciones de su proveedor de tratamiento.
5. Tiene derecho a solicitar una modificación de su plan de tratamiento.
6. Tiene derecho a la privacidad y confidencialidad de su información de salud.

Confirmando que entiendo mis derechos como paciente, incluyendo el derecho a rechazar o discontinuar el tratamiento en cualquier momento.

Reconozco mis derechos como se describe anteriormente: _____

Consentimiento y Firma

Al firmar a continuación, confirmo que he leído este formulario de consentimiento informado en su totalidad. Entiendo la naturaleza de la atención quiropráctica, los riesgos y beneficios potenciales, y las alternativas disponibles. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias. Doy mi consentimiento voluntario para recibir atención quiropráctica según lo recomendado por mi quiropráctico.

Confirmando que he leído y entendido la información anterior y doy mi consentimiento informado.

He leído y entiendo la información anterior: _____

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Fecha *

DD / MM / AAAA

Este formulario fue proporcionado gratuitamente por Consentify

Consentify convierte formularios como este en consentimiento digital que tus clientes firman en su teléfono mediante código QR — con PDFs automáticos, alertas de contraindicaciones y almacenamiento cifrado. Plan gratuito disponible en <https://getconsentify.com>.

Solo plantilla. Revisa con tu propio profesional con licencia o asesor legal antes de usar; los requisitos varían según la jurisdicción y la práctica.