

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRATAMIENTOS

El motivo de un ajuste quiropráctico es reducir subluxaciones que interfieran con la capacidad de una persona de disfrutar un estado de salud óptimo. Estas, se manifiestan mediante la interferencia de nervios desde la columna vertebral.

Este Centro reduce las subluxaciones quiroprácticas de la columna vertebral, el craneo y las extremidades a través de ajustes suaves y sutiles. Tratamos los órganos mediante la estimulación de varios puntos de reflexión, la manipulación y la suplementación dietética. Tratamos la sanación de esguinces mediante varias formas de terapias físicas, incluyendo al: masaje, calor, hielo, ultrasonido, ondas sinusoides, eco-estimulación transcutánea, oscilaciones electromagnéticas y ejercicios.

RIESGOS

Existe poco riesgo en este tipo de tratamiento. Posterior a su visita, sobre todo durante el día siguiente, puede que sienta algo de dolor y/o molestia. Normalmente, esto disminuye el 2º día después del tratamiento. Procure tomar suficiente agua y Vitamina C para ayudar a limpiar el cuerpo de ácido lácteo.

PRONOSTICO ESPERADO

El tiempo de sanación es diferente para cada persona. Siguiendo nuestras sugerencias e instrucciones, se puede calcular el siguiente pronóstico:

El tratamiento comienza con una fase de *cuidado intensivo* que puede consistir de entre cinco y seis sesiones. Luego de éste periodo de sanación, se entra a la fase de *cuidado correctivo*, donde normalmente se aconseja un tratamiento por semana durante seis semanas promedio. Luego de esta fase, puede elegir un programa de *cuidado de bienestar*, que incluye un tratamiento por mes durante seis meses. El objetivo de esta fase es mantener un estado óptimo del sistema nervioso.

REQUERIMIENTOS Y RECOMENDACIONES

No existen requerimientos especiales previos al tratamiento quiropráctico. Sin embargo, se recomienda siempre mantener al día sus exámenes médicos normales y realizar una consulta médica con su doctor, antes y/o después del tratamiento.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO

Yo, , R.U.T. N°

doy mi consentimiento para que Ann Michael trate la condición que me afecta.

Firma _____ Fecha _____