**Consentimiento Informado**

Yo solicito y consiento para el desempeño de ajustes quiroprácticos y cual quiere otro tratamiento que sea necesario, incluyendo diferentes modos de terapia manual y radiografías diagnosticas a sea mi (o sea la persona mencionada a bajo) por la doctora en quiropráctica nombrada a bajo y/o con doctores con licencia en quiropráctico que estén o estarán trabajando en el futro con Quiropráctica Goodland.

A tenido la oportunidad de discutir con la doctora en quiropráctico nombrada a bajo y/o con otros personales de la oficina de la naturaleza y propósito de los ajustes quiroprácticos. Entiendo que cada quien responde diferente al tratamiento.

Entiendo y estoy consciente que como en cualquier procedimiento de cuidado de salud, en la práctica de quiropráctico hay unos riesgos del tratamiento. Incluyendo, pero no limitado a fracturas, lesiones de discos, embolios, desgarros de músculos, dislocaciones, cepas costo vertébrales y separaciones. Enveses pacientes se sintieran doloridos y un poco de rigidez después de los primeros días de tratamiento. Dra. Bellefeuille hará una revisión médica completa para ver si hay alguna contradicción asea el cuidado. Si hay alguna condición que de otra forma no lleguen a a su conocimiento, es su responsabilidad informar a la doctora. Al firmar esta forma deseo confiar en la doctora para emitir un juicio durante el curso del procedimiento que la doctora se siente en el momento sobre la base de los hechos conocidos en mi mejor interés.

A leído o alguien me leyó el consentimiento anteriormente. A tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el consentimiento, al firmar abajo estoy de acuerdo con los procedimientos anteriormente nombrados. Yo anticipo que este documento de consentimiento cubra todo el curso de tratamiento de mi condición presente o cualquier otro en el futuro por lo cual solicito tratamiento en Quiropractica Goodland.

Estoy de acuerdo con esta forma u aceptó los riesgos y consecuencias de la aplicación. Yo solicito y consiento al desempeño de los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos incluyendo varios modos de terapia manual y radiografías diagnosticas a sea mi (o al paciente nombrado abajo para quien yo soy legalmente responsable) por la doctora en Quiropráctico Goodland.

Firma del paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Testigo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_