

- QUIROPRACTICA - KINESIOLOGÍA - LESIÓN DEPORTIVA - TERAPIA DE MASAJE- MEDICINA FUNCIONAL -

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los médicos, quiroprácticos, osteópatas, kinesiólogos y fisioterapeutas que realizan manipulaciones están obligados por ley a obtener su consentimiento informado antes de comenzar el tratamiento.

Yo _____, por la presente doy mi consentimiento para la realización de un tratamiento conservador no invasivo en las articulaciones y tejidos blandos. Entiendo que los procedimientos pueden consistir en manipulaciones / ajustes que involucren el movimiento de las articulaciones y tejidos blandos. También se pueden utilizar fisioterapia, ejercicios y suplementos nutricionales como parte del tratamiento. Durante la manipulación / ajuste, el médico utilizará sus manos o un dispositivo mecánico sobre su cuerpo para mover sus articulaciones. Eso puede causar un "pop" o un "clic" audible como el que experimenta cuando se "cruje" los nudillos. Puede sentir o sentir movimiento.

Aunque la manipulación / ajuste de la columna vertebral se considera una de las formas más seguras y efectivas de terapia para problemas musculoesqueléticos, soy consciente de que, al igual que con cualquier procedimiento de atención médica, existen ciertas complicaciones que pueden surgir durante una manipulación / ajuste quiropráctico. Esas complicaciones incluyen: fracturas, lesiones de disco, dislocaciones, distensión muscular y mielopatía. Algunos pacientes pueden sentir algo de rigidez y dolor después de los primeros días de tratamiento. Las fracturas son ocurrencias raras y generalmente son el resultado de alguna debilidad subyacente del hueso que verificamos durante la toma de su historial y durante el examen y la radiografía. Los accidentes vasculares cerebrales han sido objeto de un tremendo desacuerdo dentro y fuera de la profesión con la única autoridad prominente que dice que hay como mucho una posibilidad entre un millón de tal resultado. Dado que incluso ese riesgo debe evitarse si es posible, empleamos pruebas en nuestro examen que están diseñadas para identificar si usted puede ser susceptible a ese tipo de lesión. Las otras complicaciones también se describen generalmente como "raras".

Hay efectos beneficiosos asociados con estos procedimientos de tratamiento que incluyen disminución del dolor, mejora de la movilidad y función y reducción del espasmo muscular. La práctica de la medicina, incluida la quiropráctica, no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía con respecto al resultado de estos procedimientos.

Otras opciones de tratamiento para su afección incluyen analgésicos autoadministrados de venta libre, atención médica con medicamentos recetados, remedios naturopáticos que incluyen homeopatía, hierbas, vitaminas y minerales, ejercicios en el hogar y estiramientos y cambios en la dieta.

Permanecer sin tratar permite la formación de adherencias y reduce la movilidad, lo que provoca una reacción de dolor que reduce aún más la movilidad. Con el tiempo, este proceso puede complicar el tratamiento, haciéndolo más difícil y menos efectivo cuanto más se posponga. La probabilidad de que la falta de tratamiento complique una rehabilitación posterior es muy alta.

Inicial

Cuotas adicionales

Podemos utilizar modalidades adicionales o dispositivos de terapia junto con sus manipulaciones / ajustes. También se pueden utilizar fisioterapia, ejercicios y suplementos nutricionales como parte del tratamiento. Estas modalidades / dispositivos pueden incluir estimulación con láser, tratamiento con oxígeno, láser frío, PEMF, máquina de movimiento terapéutico activo.

Desafortunadamente, estos tratamientos no se pueden facturar a través del seguro y, como resultado, en muchos consultorios y prácticas tienen un costo adicional por cada tratamiento individual.

- QUIROPRÁCTICA - KINESIOLOGÍA - LESIÓN DEPORTIVA - TERAPIA DE MASAJE- MEDICINA FUNCIONAL -

En Arvizu Chiropractic queremos mantener su salud y bienestar lo más asequible posible y brindar estos tratamientos adicionales a un precio general de **\$20**, independientemente de la cantidad de modalidades/ dispositivos adicionales que necesite para su tratamiento en el consultorio.

Inicial

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir a la quiropráctica Arizu como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con su tratamiento. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de su política financiera que le pedimos que lea detenidamente y firme antes de cualquier tratamiento.

PARA PACIENTES QUE NO UTILIZAN SEGURO:

- ❖ Se espera el pago completo en el momento del servicio.

PARA PACIENTES QUE UTILIZAN SEGURO DE SALUD:

- ❖ Facturamos tu seguro como cortesía
- ❖ Debe proporcionarnos una copia de su tarjeta de seguro para una facturación adecuada.
- ❖ Es su responsabilidad conocer la cobertura de su seguro.
- ❖ Todos los copagos vencen en el momento en que se prestan los servicios.
- ❖ Si se aplica el deducible, debe ser responsable del **monto total** que el seguro no cubre
- ❖ Si el seguro no cubre el (los) tratamiento (s), usted es responsable del **monto total**

PARA TODOS LOS PACIENTES:

- ❖ Usted asume la responsabilidad financiera por la atención brindada, esté o no involucrada una compañía de seguros.
- ❖ Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de crédito, financiamiento de tratamientos.
- ❖ No mantendremos saldos superiores a \$ 100
- ❖ Los padres o tutores son responsables del pago de un menor.

POLÍTICA DE CITA PERDIDA / REPROGRAMACIÓN

Si debes:

- ❖ No dar al menos 24 horas de cancelación / reprogramación antes de una cita
○
- ❖ NO presentarse a una cita programada

SE LE COBRARÁ \$25 POR LA CITA. Esta tarifa no se factura a su compañía de seguros y debe ser atendida antes de su próxima cita.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las Políticas financieras y de citas perdidas.

Inicial

NO FIRME HASTA QUE HAYA LEÍDO, COMPENDIDO Y ACEPTO LA INFORMACIÓN Y LAS POLÍTICAS ANTERIORES.

He leído la explicación anterior del tratamiento quiropráctico o me han leído la explicación anterior del tratamiento quiropráctico. Cualquier pregunta que tenga con respecto a estos procedimientos ha sido respondida a mi satisfacción ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO. He tomado mi decisión de forma voluntaria y libre.

Para dar fe de mi consentimiento para estos procedimientos, por la presente adjunto mi firma a esta autorización para el tratamiento

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

FECHA