



CONSENTIMIENTO PARA ACUPUNTURA Y OTRAS TERAPIAS ALTERNATIVAS

Por la presente solicito y doy mi consentimiento a Estetica Solution para el desempeño de tratamiento de acupuntura y otros procedimientos dentro del alcance de la práctica de terapias alternativas.

Entiendo que los métodos de tratamiento no se limitan a acupuntura, medicina herbal China y temazcales, magnetos, piedras volcánicas, y otros, así como consejería nutricional. Las hierbas pueden tener un olor y sabor desagradable. Notificaré inmediatamente a un miembro del personal de cualquier no anticipado o desagradable efecto asociado con el consumo de las hierbas.

He sido informado que la acupuntura generalmente es un método seguro, pero que puede tener algunos efectos secundarios, incluyendo hematomas, entumecimiento. Hormigueo cerca de los sitios de punción que puede durar unos días y mareos o desmayos. Riesgos inusuales incluyen aborto espontáneo, daño a los nervios y perforación de órganos, incluida la punción pulmonar y (neumotorax). Infección es otro posible riesgo, aunque el spa usa agujas estériles desechables y mantiene un limpio y seguro ambiente.

Entiendo que mientras este documento describe los riesgos mayores del tratamiento, otros efectos secundarios pueden ocurrir. Las hierbas y suplementos nutricionales (son de origen vegetal, animal o mineral) que han sido recomendadas y tradicionalmente son consideradas seguras en la práctica de la Medicina China, aunque algunos pueden ser tóxicos en alta dosis. Entiendo que algunas hierbas son inapropiadas durante el embarazo. Algunos posibles efectos secundarios de tomar hierbas son nauseas, gas, dolor de estómago, vomito, dolor de cabeza, diarrea, erupciones, urticaria y hormigueo de la lengua. Notificaré al miembro del personal de Estetica Solution que este bajo mi cuidado si estoy o deseo quedar embarazada.



No espero que el personal pueda anticipar y explicar todos los posibles riesgos y complicaciones del tratamiento, y deseo confiar en el personal del spa para ejercer juicio durante el curso del tratamiento, que el personal piensa en el momento sobre la base de que los hechos conocidos, es

en mi mayor interés. Entiendo que los resultados no están garantizados. Entiendo que el personal clínico y administrativo puede revisar mis registros de paciente y reportes de laboratorio, pero todos mis datos serán guardados confidencialmente y no serán compartidos sin mi consentimiento escrito.

Voluntariamente firmo abajo y muestro que he leído, o me han leído el consentimiento anterior para el tratamiento me han sido informados sobre los riesgos y beneficios de acupuntura y otros procedimientos, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas intento que este formulario de consentimiento cubra todo el curso de tratamiento de mi presente condición(es) futuras para la que busco tratamiento.

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN ANTERIOR.

CONSENTIMIENTO USUARIO:

Nombre y Apellido del paciente: _____

DNI: _____

FIRMA:
