



RC Chiropractic, LLC
Rick Cazares, D.C.
6633 N. Mesa Suit #310
El Paso, TX 7912
Phone: (915) 217-0193
Fax: (915) 703-6020

Consentimiento de Tratamiento Del Paciente

Por la presente solicito y consiento la realización de ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluidos los modos de rayos X de diagnóstico de fisioterapia, en mí (o los nombres de pacientes a continuación de los cuales soy legalmente responsable) por el médico quiropráctico mencionado a continuación u otra licencia médicos que ahora o en el futuro trabajan en esta clínica

He tenido la oportunidad de discutir con el médico que se menciona a continuación y / o con otro personal de consultorio o clínica la naturaleza y el propósito de los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Entiendo y estoy informado de que, al igual que en la práctica de la medicina, en la práctica de la quiropráctica hay alguna razón para incluir, pero no unir, fracturas, lesiones de disco, derrames cerebrales, dislocaciones y esguinces. No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en que el médico ejercerá su juicio durante el curso del procedimiento físico en el momento, en función de los hechos que él o él conocen ella está en mi mejor interés.

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. También tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre su consentimiento y la firma a continuación acepta los procedimientos mencionados anteriormente. Tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubra todo el curso del tratamiento para mi afección actual y para cualquier afección futura para la que solicite tratamiento.

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de Paciente: _____

Nombre de Testigo: _____ Fecha: _____

Firma de Testigo: _____