



602 Carpenter Lane  
Philadelphia, PA 19119  
(215) 844-2774  
phillyacupuncture.com

## **Informacion de Consentimiento para Tratamiento de Acupuntura**

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para el desempeño de tratamiento de acupuntura y otros procedimientos dentro del alcance de la práctica de acupuntura en mi (o en el paciente nombrado abajo por quien soy legalmente responsable) por el acupunturista(s) quien ahora y en el futuro me tratará.

Entiendo que los metodos de tratamiento pueden incluir, pero no se limitan a, acupuntura, medicina herbal China, y consejería nutricional. Los hierbas pueden tener un olor y sabor desagradable. Notificaré inmediatamente a un miembro del personal clinico de cualquier no anticipado o desagradable efecto asociado con el consumo de las hierbas.

He sido informado que la acupuntura generalmente es un metodo seguro, pero que puede tener algunos efectos secundarios, incluyendo hematomas, entumecimiento. Hormigueo cerca de los sitios de puncion que puede durar unos dias y mareos o desmayos. Riesgos inusuales incluyen aborto espontáneo, dano a los nervios y perforacion de organos, incluida la punción pulmonary (neumotorax). Infección es otro posible riesgo, aunque la clinica usa agujas estériles desechables y mantiene un limpio y seguro ambiente.

Entiendo que mientras esta documento describe los riesgos mayors 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 toxicos en alta dosis. Entiendo que algunas hierbas son inapropiados durante el embarazo. Algunos posibles efectos secundarios de tomar hierbas son nauseas, gas, dolor de estomago, vomito, dolor de cabeza, diarrea, erupciones, urticaria y hormigueo de la lengua. Notificaré al miembro del personal clinico que este bajo mi cuidado si estoy o deseo quedar embarazada.

No espero que el personal clinico pueda anticipar y explicar todos los posibles riesgos y complicaciones del tratamiento, y deseo confiar en el personal clinico para ejercer juicio durante el curso del tratamiento, que el personal clinico piensa en el momento sobre la base de que los hechos conocidos, es en mi mayor interes. Entiendo que lose resultados no estan garantizados.

Entiendo que el personal clinico y administrativo puede revisar mis registros de paciente y reportes de laboratorio, pero todos mis datos seran guarados confidencialmente y no seran 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 prguntas intento que este formulario de consentimiento cubra todo el curso de tratamiento de mi presente condición(es) futures para la que busco tratamiento.

NOMBRE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
(O Representante del Paciente)