

**OUTTEN CHIROPRACTIC &  
CARY SPINAL DECOMPRESSION CENTER**

**401 High House Rd., Suite 110 – Cary, NC 27513**

**(la equine de High House Rd. & Maynard Rd.)**

**919-467-3362**

**CONSENT FORM**

**Forma De Consentimiento Para Tratamiento Quiropráctico**

Yo he sido informado de la naturaleza de mi problema(s) y de la naturaleza y propósito de los procedimientos Quiroprácticos y terapias relacionados propuestas como tratamiento. Yo también he sido informado de las posibles consecuencias y riesgos que tiene cada el tratamiento. La disponibilidad de opciones de tratamientos alternativos me ha sido explicado. Yo también he sido avisado de posibles consecuencias si yo decido no recibir cuidado médico. Yo entiendo que no hay garantía para ningún resultado específico.

YO HE LEÍDO EL PÁRRAFO DE ARRIBA Y ENTIENDO LA INFORMACIÓN DADA. ESTA INFORMACIÓN ME HA SIDO EXPLICADO Y TODAS LAS PREGUNTAS LAS CUALES HE HECHO HAN SIDO RESPONDIDAS A MI SATISFACCIÓN.

YO LO TANTO, YO AUTORIZO A OUTTEN CHIROPRACTIC A PROCEDER CON MI CUIDADO Y TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO.

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

FIRMA DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

**Quando El Paciente Es Menor De Edad o Incapaz De Firmar**

El paciente es un menor de \_\_\_\_\_ años de edad    Otra Razon: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA LEGALMENTE AUTORIZADA PARA FIRMAR POR EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL AUTORIZADO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_