



Joe McSweyn, O.M.D, C.A. | Pari Vokshori, L.Ac, D.O.M. | Gila Varis, L.Ac, R.N. | Steven Jarsky, L.Ac, D.A.O.M.  
Alan Sher, L.Ac | Ellen Elphand L.Ac., Dipl.OM | Aydin Bengisu L.Ac. | Faith Triandos

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ACUPUNTURA Y TRATAMIENTO DE HIERBAS

Nombre y Apellido del Paciente (*en letras de molde*): \_\_\_\_\_

Por la presente, yo solicito y consiento en el desempeño de procedimientos de un acupunturista licenciado, incluyendo, pero sin limitarse a, la acupuntura y tratamientos de hierbas en mi persona (o en la del paciente nombrado arriba, de quién yo tengo tutela legal), por uno de los acupunturistas nombrados arriba o de acupunturistas licenciados futuros que practican que esta oficina.

Entiendo que en la práctica de tratamientos de hierba y la acupuntura no hay garantías. Además, entiendo que hay algunos riesgos en el tratamiento de acupuntura, incluyendo pero sin limitarse a, moretones ligeros, hormigueos en los sitios de insertar las agujas de acupuntura, que pueden durar unos días, náusea, y mareo inmediatamente después del tratamiento. Entiendo que algunas hierbas pueden ser inapropiadas durante el embarazo. Si yo experimento un malestar gastrointestinal o cualquiera otra reacción que pueda ser una reacción a las hierbas, voy a contactar al acupunturista. No espero que el acupunturista pueda anticipar ni explicar todos los riesgos y complicaciones.

También entiendo que mi asociación y cooperación continua con mi médico es algo imperativo. Mientras el acupunturista puede usar sus mejores empeños en ayudar a aliviar los síntomas de mi enfermedad, dicha acción es sólo un suplemento al cuidado de mi médico responsable, y no debe ser un sustituto para cualquier manera convencional de diagnosis o tratamiento. Además, ninguna recomendación hecha por cualquier miembro de la oficina nombrada en estos documentos debe ser interpretada como requiriendo cursos de acción independientes que sean inconsistentes con el curso de cuidado médico definido por mi médico responsable. Si, en cualquier momento, tengo preguntas acerca de lo antedicho, preguntaré a mi acupunturista y/o, si es necesario, a la gerente.

He leído, o se me ha leído, el consentimiento antedicho. También he tenido la oportunidad de preguntar sobre su contenido y, al firmar abajo, yo consiento en la aplicación de los procedimientos arriba mencionados. Entiendo que este formulario de consentimiento se aplica al curso entero de tratamiento por mi condición presente y por cualesquiera condiciones futuras por las cuales yo busco tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Representante en letras de molde

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación o Autoridad del Representante