

Informed consent for Chiropractic treatment.

**Ricardo Marques, M-Tech Chiro. Chiropractor (1366)**

**Michael Robson, M-Tech Chiro. Chiropractor (1455)**

**Diana Narvaez, M.Chiro, Chiropractor (1471)**

**Angelika Durrant M.Chiro. Chiropractor (1552)**

**Paul Morrison M.Chiro. Chiropractor**

This letter signed by my own hand and before witnesses declares that the information I have provided is true. I authorize the designated Chiropractor above to share information and/or copies of records of evaluation with other professionals concerning my health, if it is required (Confidentiality 1).

I have been informed of Chiropractic treatment with regard to my condition and alternatives to Chiropractic treatment. I have had the opportunity to ask questions, and have had my questions answered about my current situation. I acknowledge the willingness of the **Practitioner** to resolve and clarify any situation which may arise in the future.

I have also been informed of the possible risks and complications following the Chiropractic adjustment, which may include pain and eventually disorders in joints, bones, discs, soft tissue and arteries. For example: cracks, sprains, stroke. (Risk damage arteries: 1:5.850.000 cervical adjustment 2)

I acknowledge that I have been informed of the risk of remaining without treatment as the delay in receiving treatment allows the formation of adhesions in the tissues along with other degenerative changes, which could include a severe reduction of mobility, atrophy and scar tissue in skeletal muscle, and chronic pain cycles. I understand that as time passes without treatment, treatment will be more difficult and affect the recovery time and treatments required. The vertebral subluxations can cause alterations in the neurological system, which can affect the function of other organs and tissues, as it relates to the nervous system and reduces the performance of the body and its inherent healing ability.

I acknowledge that I have been informed that Chiropractic treatment does not contain in itself a guarantee of total cure of the problem for which I have consulted about on this occasion. Nor because I attend the periodic Chiropractic reviews and re-evaluations, as well as accurately and strictly performing the exercises recommended to me, eat a proper diet and eliminate addictions that I have stated as well as those that I have not declared, but that can harm my body, or any other circumstances that intentionally or unintentionally alter the progress of my recovery.

I acknowledge that I have been informed that Chiropractic treatment at **CostaSpine** is not a treatment for any disease, symptom or complaint. The goal of Chiropractic is to remove nervous system interference. Treatment being for the entire back (cervical, thoracic, lumbar), even if there are no symptoms in these areas.

I have been informed that under the **CostaSpine** brand all practitioners are self-employed who are personally responsible for any/all claims, actions, suits, procedures, costs, expenses, damages and liabilities, including legal fees attributed to the treatment should they occur.

I have been informed and I am aware of all of the above. I am also aware that the time between the signing of this document and the beginning of my Chiropractic care influences the recovery time for my health.

*1. According to Law 15/1999 on Protection of Personal Data, by signing this form, the client consents to the inclusion of their data in a file belonging to **CostaSpine Chiropractic** that will be used for the management, administration and maintenance of the contracted services, for sending updates to the service, for sending advertising for products and responsible for the file. The patient may exercise their right of access, rectification, cancellation and opposition at Centro Comercial Guadalmina II, Office 13, San Pedro de Alcántara 29670 Málaga. 2. Haldeman S, Cary P, Townsend M, Papadopoulos C. Following Arterial dissection cervical manipulation: The chiropractic experience. Canadian Medical Association Journal 2001; 165 (7): 905-906.*

Consentimiento informado para el tratamiento quiropráctico.

**Ricardo Marques, M-Tech Chiro. Quiropráctico (1366)**

**Michael Robson, M-Tech Chiro. Quiropráctico (1455)**

**Diana Narvaez, M.Chiro, Quiropráctico (1471)**

**Angelika Durrant M.Chiro. Quiropráctico (1552)**

**Paul Morrison M.Chiro. Chiropractor**

Esta carta firmada de mi puño y letra y ante testigos declara que la información que he proporcionado es verdadera. Autorizo al Quiropráctico designado arriba a compartir información y/o copias de los registros de evaluación con otros profesionales en relación con mi salud, si es necesario (Confidencialidad 1).

He sido informado del tratamiento quiropráctico con respecto a mi condición y de las alternativas al tratamiento quiropráctico. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y se me han contestado mis preguntas sobre mi situación actual. Reconozco la disposición del **Profesional** para resolver y aclarar cualquier situación que pueda surgir en el futuro.

También he sido informado de los posibles riesgos y complicaciones tras el ajuste quiropráctico, que pueden incluir dolor y eventualmente trastornos en las articulaciones, huesos, discos, tejidos blandos y arterias. Por ejemplo: grietas, esguinces, derrame cerebral. (Riesgo de dañar las arterias: 1:5.850.000 ajuste cervical 2).

Reconozco que he sido informado del riesgo de permanecer sin tratamiento ya que el retraso en recibirlo permite la formación de adherencias en los tejidos junto con otros cambios degenerativos, que podrían incluir una severa reducción de la movilidad, atrofia y tejido cicatrizal en el músculo esquelético, y ciclos de dolor crónico.

Entiendo que a medida que pasa el tiempo sin tratamiento, éste será más difícil y afectará al tiempo de recuperación y a los tratamientos necesarios. Las subluxaciones vertebrales pueden causar alteraciones en el sistema neurológico, lo que puede afectar a la función de otros órganos y tejidos, ya que se relaciona con el sistema nervioso y reduce el rendimiento del cuerpo y su capacidad inherente de curación.

Reconozco que he sido informado de que el tratamiento quiropráctico no contiene en sí mismo una garantía de curación total del problema por el que he consultado en esta ocasión. Tampoco por el hecho de asistir a las revisiones y reevaluaciones quiroprácticas periódicas, así como realizar de forma precisa y estricta los ejercicios que se me recomiendan, llevar una dieta adecuada y eliminar las adicciones que he declarado así como las que no he declarado, pero que pueden perjudicar a mi organismo, o cualquier otra circunstancia que altere intencionadamente o no el progreso de mi recuperación.

Reconozco que he sido informado de que el tratamiento quiropráctico en **CostaSpine** no es un tratamiento para ninguna enfermedad, síntoma o dolencia. El objetivo de la Quiropráctica es eliminar las interferencias del sistema nervioso. Siendo el tratamiento para toda la espalda (cervical, torácica, lumbar), aunque no haya síntomas en estas zonas.

He sido informado de que bajo la marca **CostaSpine** todos los practicantes son autónomos que son personalmente responsables de cualquier/todas las reclamaciones, acciones, demandas, procedimientos, costes, gastos, daños y responsabilidades, incluyendo los honorarios legales atribuidos al tratamiento si se producen.

He sido informado y soy consciente de todo lo anterior. También soy consciente de que el tiempo que transcurre entre la firma de este documento y el inicio de mis cuidados quiroprácticos influye en el tiempo de recuperación de mi salud.

1.De acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, mediante la firma de este formulario, el cliente consiente la inclusión de sus datos en un fichero propiedad de **CostaSpine** Quiropráctica que será utilizado para la gestión, administración y mantenimiento de los servicios contratados, para el envío de actualizaciones del servicio, para el envío de publicidad de productos y responsable del fichero. El paciente podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el Centro Comercial Guadalmina IV, Local 90, San Pedro de Alcántara 29670 Málaga.

2. Haldeman S, Cary P, Townsend M, Papadopoulos C. Following Arterial dissection cervical manipulation: La experiencia quiropráctica. Canadian Medical Association Journal 2001; 165 (7): 905-906.

Sign/Firma

---