

PLEASE READ THIS SECTION CAREFULLY.

If the patient is a minor, this document must be completed and signed by a parent or guardian.

Informed consent for Physical Therapy treatment.

Emiliano Martin Rodriguez Varela 09881982D

This letter, signed in my own handwriting and before witnesses, declares that the information I have provided is true. I authorize the designated Physiotherapist to share information and/or copies of evaluation records with other professionals about my health, if required (Confidentiality 1).

I have been informed about physical therapy treatment regarding my condition and alternatives to physical therapy treatment. I have had the opportunity to ask questions and have had my questions answered about my current situation. I acknowledge the practitioner's willingness to resolve and clarify any situation that may arise in the future.

I have also been informed of the potential risks and complications following physical therapy, which may include pain and possible disorders of the joints, bones, discs, soft tissues, and nerves. For example: sprains, strains, dislocations and nerve damage.

I acknowledge that I have been informed of the risk of remaining untreated as delay in receiving treatment allows tissue adhesions to form along with other degenerative changes, which may include severely reduced mobility, atrophy, and scar tissue in the muscle, skeletal, and cycles of chronic pain. I understand that as time passes without treatment, treatment will become more difficult and will affect recovery time and required treatments. I recognize that untreated injuries can cause alterations in the neurological system, which affects the functionality of other organs and tissues, in relation to the nervous system and reduces the performance of the body and its inherent healing capacity.

I acknowledge that I have been informed that the physiotherapy treatment does not contain by itself a guarantee of total cure of the problem for which I have consulted on this occasion. Nor because I attend periodic physiotherapy check-ups and reassessments, as well as to carry out the exercises that are recommended with precision and rigor, follow an adequate diet and eliminate the addictions that I have declared and those that I have not declared, but that can harm my body, or any other circumstance that intentionally or unintentionally alters the progress of my recovery.

I acknowledge that physical therapy treatment is not a treatment for any disease, symptom, or complaint. The goal of physical therapy is to promote movement, reduce pain, restore function, and prevent disability.

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

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

1. According to Organic Law 15/1999 on the Protection of Personal Data, by signing this form the client consents to the inclusion of their data in a file owned by CostaSpine that will be used for the management, administration and maintenance of the services. contracted, for sending service updates, for sending product advertising, and responsible for the file. The patient may exercise their right of access, rectification, cancellation and opposition at CostaSpine Aloha, Urb Los Olivos I, 29660, Marbella, Spain

Consentimiento informado para el tratamiento quiropráctico.

Emiliano Martin Rodriguez Varela 09881982D

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 Urb. los Olivos I, 29660 Marbella, 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.