



QUIROPRÁCTICA DEL ENCANTO

CONSENTIMIENTO DE MENORES

Yo, (Padre/Madre/Tutor legal de el/la joven) _____ (paciente), autorizo a el Dr. Edwin J. Vélez quiropráctico del Centro Quiropráctica del Encanto, C.S.P. a rendir los servicios necesarios para el mejoramiento del paciente y/o seguimiento preventivo. Entiendo mi responsabilidad de mantenerme al tanto del estado de salud del paciente, conocer el plan de tratamiento, cumplir con los costos de estos servicios y asegurar que el paciente cumpla con las recomendaciones dadas por el Doctor.

Doy el consentimiento al Quiropráctico Del Encanto, C.S.P. para que realicen ajustes quiroprácticos, incluyendo diferentes tipos de terapia física a _____ de quien soy tutor o guardián legal y por el cual soy responsable. He tenido la oportunidad de discutir con el Dr. Edwin J. Vélez el propósito de los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos, los cuales entiendo que no son garantizados.

Entiendo que en la práctica de quiropráctica hay algunos riesgos que el tratamiento puede traer los cuales pueden influir en fracturas, lastimaduras de discos, derrames, dislocaciones y esguinces o "sprains". Yo no anticipo que el doctor tenga la oportunidad de explicar en la visita todos los riesgos y posibles complicaciones. Deseo confiar en el buen juicio del doctor durante el curso de los procedimientos en el cual el doctor siente son necesarios en el momento de los tratamientos para el mejor bienestar del paciente.

Yo, _____ he leído el consentimiento arriba explicado. (Si corresponde) Bajo los términos y condiciones de mi divorcio, separación u otra autorización legal, el consentimiento de un no se requiere cónyuge u otro padre. Si mi autoridad para seleccionar y autorizar este cuidado debe ser revocado o modificado de alguna manera, notificaré inmediatamente a esta oficina. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el mismo, al firmar este documento estoy de acuerdo con los procedimientos antes mencionados. Es mi intención usar este consentimiento para cubrir todo el tratamiento al ser estipulado por el Doctor.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Tutor/ Guardián legal: _____ **File:** _____

Firma del Doctor o Staff: _____

QUIROPRACTICA DEL ENCANTO, CSP

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE _____ EDAD _____ NUM. EXPEDIENTE _____

INFORMACION DE PERSONAS CON PATRIA POTESTAD

NOMBRE _____ EDAD _____ RELACION CON EL MENOR _____

NUM DE IDENTIFICACION _____ TELEFONOS _____, _____

DIRECCION _____ CORREO ELECTRONICO _____

NOMBRE _____ EDAD _____ RELACION CON EL MENOR _____

NUM DE IDENTIFICACION _____ TELEFONOS _____, _____

DIRECCION _____ CORREO ELECTRONICO _____

INFORMACION DEL ADULTO AUTORIZADO A ACOMPAÑAR AL MENOR

NOMBRE _____ EDAD _____ RELACION CON EL MENOR _____

NUM DE IDENTIFICACION _____ TELEFONOS _____, _____

DIRECCION _____ CORREO ELECTRONICO _____

AUTORIZACION

YO, _____ (PERSONA CON PATRIA POTESTAD) AUTORIZO A
_____ (PERSONA AUTORIZADA) A ACOMPAÑAR AL MENOR _____
A RECIBIR LOS SIGUIENTES SERVICIOS MEDICOS NO URGENTES:

DESCRIPCION DEL SERVICIO O TRATAMIENTO MEDICO AUTORIZADO

1.
2.
3.

DESCRIPCION DEL SERVICIO O TRATAMIENTO NO AUTORIZADO

1.
2.
3.

FIRMAS:

PERSONAS CON PATRIA POTESTAD _____

FECHA _____

PERIODO O TERMINO DE LA AUTORIZACION _____

ACOMPANANTE _____

FECHA _____

PARA SER LLENADO E INICIADO POR EL PROVEEDOR DEL SERVICIO MEDICO O SU PERSONAL ADMINISTRATIVO

A MI MEJOR CONOCIMIENTO, LA PERSONA CON PATRIA POTESTAD QUE AUTORIZA LOS TRATAMIENTOS MEDICOS NO URGENTES AL MENOR DE EDAD SIN SU PRESENCIA, ES UNA PERSONA COMPETENTE.

LA PRESENTE AUTORIZACION HA SIDO SUSCRITA PREVIO A QUE SE BRINDEN LOS TRATAMIENTOS MEDICOS NO URGENTES AL MENOR

LA PRESENTA AUTORIZACION HA SIDO SUSCRITA POR LA PERSONA CON PATRIA POTESTAD ANTE MI PRESENCIA.

DR. EDWIN J VELEZ, DC Y/O

DANESA RIVERA – SECRETARIA QDE

DE CONFORMIDAD CON LA LEY 139-2019, NO INCURRIRA EN RESPONSABILIDAD CIVIL EL PROFESIONAL AUTORIZADO O LA INSTITUCION QUE OFRECIO EL TRATAMIENTO AL MENOR DE EDAD AL CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE ESTA LEY Y CUENTE CON EL PRESENTE CONSENTIMIENTO. ESTO SOLO APLICA A OFRECIMIENTO DE TRATAMIENTO Y/O ATENCION MEDICA, NO A LAS ACCIONES U OMISIONES NEGLIGENTES QUE PUDIERA INCURRIR EL PROFESIONAL DE LA SALUD EN LA ADMINISTRACION DEL TRATAMIENTO.



**QUIROPRÁCTICA
DEL ENCANTO**