

Auth Quiropráctica y Vitalidad

Formulario de consentimiento IV

Doy mi consentimiento para la inserción de un catéter intravenoso periférico y la infusión de líquidos, vitaminas, minerales y/o cofactores compuestos y/o medicamentos. Acepto y reconozco que no se hicieron promesas ni garantías con respecto a la eficacia de la infusión. Además, reconozco que la FDA no ha evaluado las declaraciones sobre las infusiones de vitaminas y minerales y que la infusión de estas no tiene valor diagnóstico ni es un sustituto, cura, terapia o tratamiento para ninguna enfermedad o afección.

Entiendo que la infusión se lleva a cabo bajo la dirección de un proveedor capacitado con práctica avanzada y por una persona no médica capacitada en la inserción, monitoreo, estabilización y extracción segura de catéteres e infusiones intravenosas. Si en algún momento se determina que el procedimiento o la infusión está fuera de las condiciones de seguridad, se podrá suspender.

Entiendo que los beneficios de las infusiones intravenosas pueden ser limitados si soy fumador activo, vivo un estilo de vida sedentario y/o tengo una dieta que contiene un exceso de calorías y/o una deficiencia de nutrientes. Entiendo que es posible que me pidan que tome suplementos orales entre tratamientos y que no tomar estos suplementos puede reducir los beneficios de la terapia intravenosa e incluso puede crear efectos no deseados de la terapia intravenosa. Entiendo que se pueden anticipar una serie de infusiones. Entiendo que es posible que sea necesario repetir las infusiones en el futuro para mantener los beneficios.

Reconozco que soy consciente de los riesgos inherentes al cateterismo vascular periférico y la infusión que incluyen, entre otros, irritación local, dolor, infección, flebitis (irritación de la vena), trombosis venosa, dificultad para respirar, reacción alérgica, volumen de líquido. sobrecarga, interacciones medicamentosas y muerte. A pesar de estos riesgos (y otros), doy mi consentimiento para el procedimiento. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

El pago vence al momento del servicio. No ha habido ninguna declaración de que este procedimiento esté cubierto por mi plan de seguro o que pueda/deba solicitar dicho reembolso. Acepto pagar el costo total del servicio independientemente de si la infusión se cancela o se detiene en cualquier momento antes de su finalización, a discreción del técnico/enfermero/asistente clínico o de mí. Entiendo que soy responsable del costo total del procedimiento y acepto pagar. Me han explicado adecuadamente los procedimientos y este formulario de consentimiento. Certifico que no estoy embarazada. Si no estoy segura, puedo solicitar una prueba de embarazo en orina en esta oficina. Certifico que no estoy intoxicado por alcohol ni ninguna droga ilícita. Autorizo y doy mi consentimiento para la realización del(los) procedimiento(s).

Patient name: _____ Date of birth: _____

Patient signature: _____ Date: _____

Provider name: _____

Provider signature: _____ Date: _____