

## Auth Chiropractic & Vitality

### Quelación and Bienestar de Las Montañas Rocosas

#### Consentimiento para terapia de quelación intravenosa y oral

Yo \_\_\_\_\_, elijo, por mi propia voluntad, recibir terapia de quelación oral o intravenosa en, administrada por \_\_\_\_\_ . Esta terapia alternativa, aunque descartada por la medicina convencional, tiene un largo historial de seguridad.

Entiendo que la terapia de quelación se ha utilizado históricamente con el fin de tratar la toxicidad aguda y crónica de metales pesados, las enfermedades ateroscleróticas y la prevención o el tratamiento de enfermedades degenerativas y autoinmunes. Entiendo que la terapia de quelación es una terapia estándar ampliamente aprobada para el tratamiento de la toxicidad por metales pesados; sin embargo, su uso se considera controvertido para el tratamiento generalizado de las afecciones enumeradas anteriormente y la opinión de que es beneficiosa en el tratamiento de dichos trastornos. es aceptado por una minoría de la comunidad médica. Entiendo que la mayoría de los proveedores médicos consideran que la terapia de quelación es "experimental", pero se me informa que mi médico tratante cree que la terapia de quelación tiene un beneficio clínico positivo, pero no promete que el resultado será un beneficio positivo. Me han informado que se han utilizado otros tipos de tratamiento en estas condiciones y estas alternativas me han explicado a mi entera satisfacción. Como ocurre con cualquier otro procedimiento médico, ciertos pacientes no responden a esta terapia. Entiendo que los beneficios de la Terapia de Quelación son mucho mayores si sigo un estilo de vida saludable (no fumar, control de peso, ejercicio adecuado, dieta adecuada y suplementación nutricional). Entiendo que se anticipa una serie inicial de tratamientos y que estos tratamientos pueden extenderse durante varias semanas o meses. Me han informado que es posible que sea necesario repetir la terapia de quelación de vez en cuando en el futuro para mantener los beneficios.

Me han informado sobre posibles riesgos y efectos secundarios que incluyen, entre otros, molestias en el lugar de la inyección, tromboflebitis, hipocalcemia, fatiga, calambres musculares, problemas renales, incluida nefrotoxicidad, reacciones alérgicas, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad hepática, anticoagulación, niveles bajos de azúcar en la sangre. niveles y/o hipoglucemia, pérdida de minerales y molestias generalizadas. Si he sufrido alguna enfermedad renal previa, acepto ejecutar una autorización médica para que todos mis registros médicos previamente identificados puedan obtenerse de médicos anteriores, y he revelado abiertamente cualquier trastorno previo conocido. Entiendo que esta terapia no debe usarse si estoy embarazada a menos que tenga una enfermedad grave que ponga en peligro mi vida. Entiendo que, si tengo antecedentes de tuberculosis, la terapia de quelación puede reactivar la tuberculosis detenida y acepto informar a mi médico sobre cualquier aparición de esta enfermedad. Entiendo la naturaleza del procedimiento propuesto, he tenido la oportunidad de hacerle cualquier pregunta a mi proveedor con respecto a la terapia propuesta, y los procedimientos a utilizar y los riesgos y peligros me han sido explicados a mi entera satisfacción.

Entiendo que Auth Vitality: Chelation and Wellness of the Rockies y sus proveedores clínicos no ofrecen garantías, afirmaciones ni garantías sobre estas terapias alternativas con respecto a mi afección. Participo libremente en este tratamiento y, como tal, mi participación voluntaria en este tratamiento representa un esfuerzo de "buena fe" por parte del proveedor. He tomado esta decisión basándose en la toma de decisiones compartida con mi proveedor y acepto los riesgos y beneficios relacionados con la terapia de quelación. En caso de que sufra algún daño, mis representantes y yo eximiremos de toda responsabilidad a Auth Vitality: Chelation and Wellness of the Rockies y a sus proveedores clínicos.

Acepto que se realicen análisis de laboratorio según lo solicitado por mi proveedor, acepto programar visitas regulares al consultorio en los intervalos solicitados para continuar con mis tratamientos de quelación y mantener un historial médico actualizado y una relación laboral con el proveedor durante y después del tratamiento. Reconozco que tengo derecho a suspender la terapia de quelación en cualquier momento y por cualquier motivo. Entiendo que debo hacer un seguimiento con el proveedor administrador dentro de 1 a 3 días si tengo algún síntoma preocupante. Estoy consultando con Auth Vitality: Chelation and Wellness of the Rockies, únicamente por motivos relacionados con mi propia salud. No estoy realizando consultas para proporcionar información a ninguna agencia de aplicación de la ley o de investigación. Entiendo que este procedimiento no está cubierto por las compañías de seguros y acepto la responsabilidad financiera total de estos servicios. Mi firma en este acuerdo constituirá una liberación total y final de cualquier responsabilidad legal resultante de la administración de la Terapia de Quelación en mi caso y/o cualquier otro tratamiento médico que pueda ser necesario como resultado de la misma. Con pleno conocimiento de los hechos y consideraciones anteriores, doy mi consentimiento a Auth Vitality: Chelation and Wellness of the Rockies y su personal para recibir uno o varios tratamientos de infusión de quelación.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_