

Auth Chiropractic & Vitality

Quelación, Ozono, Infusión y Bienestar

Consentimiento para terapia intravenosa con peróxido al 3%

Yo _____, elijo, por mi propia voluntad, recibir terapia intravenosa con peróxido al 3% en Auth Vitality: Chelation and Wellness of the Rockies por _____. Esta terapia alternativa, aunque descartada por la medicina convencional, tiene un historial de seguridad de 50 años.

Afirmo que actualmente no presento ninguna de las siguientes condiciones: alergia al Peróxido, actualmente embarazada o amamantando, anemia severa, tirotoxicosis, hemofilia, porfiria, infección activa, recuento de plaquetas extremadamente bajo, enfermedad renal severa (eGFR <30), recibiendo terapia de diálisis, tiene diabetes no controlada, hiper o hipotensión no controlada o enfermedad hepática grave. Afirmo que he compartido todos mis antecedentes médicos, quirúrgicos, de alergias y familiares conocidos con mi proveedor antes de recibir esta terapia.

Entiendo que, como ocurre con cualquier terapia intravenosa, los riesgos incluyen sangrado; hipoglucemia transitoria, dolor de cabeza y/o aturdimiento, hinchazón local, hematomas, irritación o infección en el sitio de inserción, un breve reinicio de mi ciclo menstrual y el riesgo de hemólisis leve si tengo una deficiencia de G6PD. Entiendo que puedo experimentar varios efectos secundarios y que no se conocen todos los efectos secundarios, pero pueden ocurrir durante o después de la terapia.

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.

En caso de que sufra algún daño, mis representantes y yo eximiremos de toda responsabilidad a Auth Auth Vitality: Chelation and Wellness of the Rockies y a sus proveedores clínicos.

Reconozco que tengo derecho a suspender la terapia con peróxido al 3% IV 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 mis servicios.

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 peróxido al 3%.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____