

Términos De Aceptación

Cuando un paciente busca la atención de un quiropráctico y aceptamos a un paciente para tal cuidado, es esencial que ambos estén trabajando hacia el mismo objetivo.

El quiropráctico tiene una sola meta. Es importante que cada paciente entienda tanto el objetivo como el método que se utilizara para lograrlo. Esto evitara cualquier confusión o decepción.

Ajuste: Un ajuste es la aplicación específica de fuerzas para facilitar la corrección del cuerpo de la subluxación vertebral. Nuestro método quiropráctico de la corrección es mediante ajustes específicos de la espina dorsal.

Salud: Un estado de bienestar físico, mental y social optimo, no solamente la ausencia de enfermedad.

Subluxación Vertebral: Desalineación de una o más de las 24 vertebras en la columna vertebral que causa la alteración de la función nerviosa y la interferencia con la transmisión de impulsos mentales, lo que resulta en una disminución de la capacidad innata del cuerpo para expresar su potencial máximo de salud.

No ofrecemos diagnosticar o tratar ninguna enfermedad o condición que no sea la subluxación vertebral. Sin embargo, si durante el curso del examen espinal quiropráctico, encontramos asuntos no quiroprácticos o inusuales, le asesoraremos. Si desea asesoramiento, diagnostico o tratamiento para esos hallazgos, le recomendamos que busque los servicios de proveedor de atención medica que se especializa en esa área.

Independiente de como se llame la enfermedad, no ofrecemos tratarla. Tampoco ofrecemos asesoramiento sobre el tratamiento prescrito por otros. NUESTRO UNICO OBJETIVO DE PRACTICA es eliminar una interferencia importante en la expresión de la sabiduría innata del cuerpo. Nuestro único método es el ajuste específico para corregir las subluxaciones vertebrales.

Yo, _____ he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores. Todas las preguntas con respecto a los objetivos del doctor referentes a mi cuidado en esta oficina han sido contestadas a mi completa satisfacción.

Por lo tanto, acepto la atención quiropráctica sobre esta base.

Fecha de firma: _____

Testigo: _____ Fecha: _____