

**Community Acupuncture  
of Orlando**

2225 Curry Ford Rd.

Suite B

Orlando, FL 32806

407-203-0663

[www.communityacupunctureoforlando.com](http://www.communityacupunctureoforlando.com)

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO**

Por favor lea y firme lo siguiente:

Doy mi consentimiento para tratamientos de acupuntura y otros procedimientos relacionados con la medicina tradicional china por los acupunturistas licenciados empleados por Community Acupuncture of Orlando, LLC y por otros miembros del personal clínico que ayudan a los acupunturistas licenciados como sea necesario. Ya he discutido sobre la naturaleza y el propósito de mi tratamiento con un miembro del personal de la clínica.

Entiendo que los métodos de tratamiento pueden incluir, pero no se limita a la acupuntura, moxibustión, ventosas, Tui-na, y orientación del estilo de vida y nutrición. Entiendo que la acupuntura y sus modalidades de tratamiento complementario son un método seguro de tratamiento, aunque pueden tener efectos secundarios, incluyendo moretones, los mareos o desmayos, y hormigueo o adormecimiento por los sitios donde se ha puesto las agujas que puede durar unos pocos días.

No espero que el personal de la clínica sea capaz de anticipar y explicar todos los posibles riesgos y complicaciones del tratamiento, y deseo confiar en el personal de la clínica para ejercer su juicio durante el curso de tratamiento que el personal de la clínica considera que estar en mi mejor interés basado en los hechos que conozca en el momento del tratamiento.

Tengo entendido que el personal médico y administrativo de clínica puede revisar mi expediente médico, pero que mis archivos se mantendrán confidenciales y no serán liberados sin mi consentimiento.

Firmando voluntariamente a continuación, muestro que he leído, o se me ha leído, este consentimiento al tratamiento, que me han informado de los riesgos y los beneficios de la acupuntura y procedimientos asociados, y que haya tenido la oportunidad de hacer preguntas. Tengo la intención de que este formulario para cubrir todo el curso de tratamiento de mi condición actual y por cualquier futura condición(es) por lo cual busque el tratamiento.

**NAME** (NOMBRE Y APELLIDO) \_\_\_\_\_

**SIGNATURE** (FIRMA) \_\_\_\_\_

**DATE** (FECHA) \_\_\_\_\_