

CONSENTIMIENTO INFORMADO - MEDICINA ALTERNATIVA COMPLEMENTARIA CUANTICA (CAM) - ACUERDO DE TRATAMIENTO

Nombre completo: _____ Fecha: _____

AL CLIENTE: Como cliente, usted tiene derecho a ser informado sobre su diagnóstico, proceso de tratamiento y cualquier intervención energético-espiritual recomendada para ser realizado en su nombre, para que pueda tomar la decisión informada de si desea o no participar después de conocer los riesgos y peligros involucrados. Esta revelación no pretende asustarle o alarmarle, sino que es un esfuerzo por informarle mejor para que pueda dar o negar su consentimiento/permiso para participar en el tratamiento recomendado a usted por nosotros.

CONSENTIMIENTO PARA LA MEDICINA ALTERNATIVA COMPLEMENTARIA (CAM) CUANTICA:

Solicito voluntariamente a mi cuidador (nombre al final del acuerdo) que evaluar mi condición con la intención de tratar, brindar alivio y/u ofrecer recomendaciones para mejorar mi bienestar general. Por la presente autorizo y doy mi consentimiento voluntario para que mi cuidador administrar técnicas de terapia CAM, incluido el uso de hierbas medicinales si se considera elemento necesario en el manejo de mi condición.

SE DESCRIBIRÁ Y SE DOCUMENTARÁ EL TRATAMIENTO OFRECIDO POR MI CUIDADOR SEPARADO DE ESTE ACUERDO. ESTO INCLUYE LA PRÁCTICA/TÉCNICA ESPECÍFICA DEL MOVIMIENTO DE ENERGÍA Y RECOMENDACIONES QUE SE PUEDE INTERPRETAR DE MANERA DIFERENTE AL CONOCIMIENTO GENERAL.

He sido informado y entiendo que puedo someterme a una evaluación espiritual y consejería antes, durante y después de mi tratamiento. Esas evaluaciones incluyen preguntas relacionados con observaciones específicas relacionadas con mi tratamiento

**** Solo para pacientes mujeres:**

- Que yo sepa, NO estoy embarazada.
- Acepto que es MI responsabilidad informar a mi cuidador inmediatamente si me vuelvo embarazada.
- Si estoy embarazada o no estoy segura, LE NOTIFICARÉ A MI CUIDADOR INMEDIATAMENTE.

ENTIENDO QUE LOS EFECTOS SECUNDARIOS MÁS COMUNES QUE PUEDEN OCURRIR DE LA PARTICIPACIÓN EN MI TRATAMIENTO CAM INCLUYEN, PERO NO ESTÁ LIMITADO A LO SIGUIENTE:

1. Aturdimiento, insomnio, dolor de cabeza, Desorientación, Náuseas, Hipotensión (presión arterial baja), Deterioro del razonamiento y juicio, Depresión respiratoria.
2. Entiendo que puede ser peligroso para mí operar un automóvil u otra maquinaria en las horas inmediatas después de mi tratamiento como yo puede verse afectado durante todas las actividades, incluido el trabajo.
3. Tenga en cuenta que algunas técnicas CAM pueden provocar indeseables moderados. síntomas en algunas personas. Esto es temporal y solo dura un corto tiempo. Las molestias musculares también pueden estar presentes durante un día después del tratamiento.

Los métodos alternativos de tratamiento, los posibles riesgos involucrados y las posibilidades de complicaciones me han explicado, y todavía deseo recibir este tratamiento CAM de mi condición

El objetivo de este tratamiento es ayudarme a recuperar el control de mi estado físico, mental y bienestar emocional para vivir una vida más productiva y activa. Me di cuenta de que puedo tener una condición crónica y hay una posibilidad limitada de curación completa, pero el objetivo de este tratamiento es aliviar (pero probablemente no eliminar) cualquier sufrimiento asociado vivir con mi condición para poder disfrutar de una mejor calidad de vida. Me doy cuenta de que el tratamiento para algunos requerirá sesiones de terapia prolongadas o continuas. El plan de tratamiento se adaptará específicamente para mí. Entiendo que puedo retirarme de este plan de tratamiento en cualquier momento de mi elección.

Entiendo que no se me ha hecho ninguna garantía en cuanto a los resultados del tratamiento o cura de cualquier condición. El uso de la Cuántica para mejorar el bienestar está bien documentado y se ha demostrado que proporcionar un beneficio sostenido y a largo plazo. Me han dado la oportunidad de preguntar preguntas sobre mi condición y tratamiento, riesgos de no tratamiento, proceso terapéutico incluido el uso de medicamentos a base de hierbas o procedimientos de diagnóstico en mi condición, y los riesgos y peligros de dicho proceso terapéutico, tratamiento y procedimiento(s), y creo que tener información suficiente para dar este consentimiento informado.

**** CERTIFICO Y ACEPTO LO SIGUIENTE:**

- Estoy leyendo y haciendo este acuerdo mientras estoy en plena posesión de mis facultades y no bajo la influencia de ninguna sustancia que pueda perjudicar mi juicio.
- No se ha hecho ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados que se pueden obtener de este tratamiento.
- Con pleno conocimiento de los beneficios potenciales y los posibles riesgos involucrados, doy mi consentimiento a este tratamiento cuántico, ya que me doy cuenta de que me brinda la oportunidad de liderar un vida más productiva y activa.
- He revisado y entiendo completamente las explicaciones dadas con respecto a los beneficios y los riesgos de este tratamiento y acepto participar en ello para mi condición.

He leído o me han leído el contenido de este formulario. Entiendo los riesgos y alternativas de este tratamiento; He tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta sobre ello.

Firma del paciente: _____

Firma del cuidador: _____

Firma del Padre o Responsable: _____

Firma del Testigo: _____

Fecha: _____