



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA DE ACUPUNTURA – MOXIBUSTION – VENTOSA - AURICULOTERAPIA

AV. Austral Nº 1766

Nombre: _____

Rut: _____

Email: _____

Teléfono: _____

Declaro:

Que la SRA. Acupunturista Vianka Pradena, me ha explicado que es conveniente y posible preceder con el Tratamiento de Medicina Tradicional China que puede incluir: ACUPUNTURA – MOXIBUSTION – VENTOSAS – TUINA – ELECTROACUPUNTURA – AURICULOTERAPIA.

La Medicina Tradicional China, es una terapia milenaria basada en mantener el equilibrio energético del organismo, para lo cual usa una serie de recursos terapéuticos dentro de los cuales puede incluir: ACUPUNTURA – MOXIBUSTION – VENTOSAS – TUINA – ELECTROACUPUNTURA – AURICULOTERAPIA, entre otros.

La técnica de Acupuntura consiste en la punción de agujas en determinados puntos que están ubicados a lo largo del cuerpo, donde circula la energía del organismo. Estas agujas son metálicas, desechables y estériles de diferente longitud y tamaño. La moxibustión, ventosas y tuina, corresponde a la aplicación de calor, aplicación de vacío en la piel a través de ventosas y masaje de los mismos puntos acupunturales o a través de meridianos que contienen dichos puntos, de manera de favorecer el flujo-energético y a través de esto aliviar la sintomatología clínica.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables frecuentes, poco grave y transitorios (Sangrados en el lugar de la punción, hematoma, calambres, hormigueo transitorio, desmayo, mareo, náuseas), o graves (neumotórax, rotura de la aguja, pericondritis del pabellón auricular, quemadura). El profesional Acupunturista me ha indicado que las complicaciones graves son infrecuentes y que se producen cuando la técnica es realizada por individuos inadecuadamente especializados.

He leído y entendido la información entregada con los beneficios y posibles síntomas, signos y complicaciones. Además, he comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el acupunturista que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le planteado.

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo manifestar mi intención de dejar la terapia, por lo tanto:

Consiento que se me realice tratamiento con ACUPUNTURA – MOXIBUSTION – VENTOSAS – TUINA – ELECTROACUPUNTURA – AURICULOTERAPIA, entre otros, bajo mi responsabilidad, comprometiéndome a seguir las instrucciones que me proporcione el Terapeuta Acupunturista durante el tratamiento.

Paciente Responsable _____

Terapeuta Responsable _____

En _____ a _____ 202