

¡BIENVENIDA(O)!

Le invitamos a manifestar con libre decisión, su voluntad para adherirse a programa de salud natural en Naturopatía.

Yo, he sido informada(o) y he comprendido la naturaleza y propósito de las terapias y procedimientos de Medicina Complementaria y Prácticas de Bienestar, reconociendo que son un proceso de intervención que se integra a los tratamientos por los cuales consulto en mi Centro de Salud.

1. Me comprometo a auto cuidarme, dando continuidad a mis controles en el Centro de Salud.
2. He comprendido que algunas de las disciplinas de Medicina Complementaria y Prácticas de Bienestar de la Salud pueden tener efectos transitorios similares a un aumento de los síntomas, y que debo siempre informar de esto a mi terapeuta.
3. He sido informada(o) acerca de las interacciones farmacológicas de mis fármacos con el proceso de sanación.
4. A la vez, he sido informado que es relevante para mi proceso de desarrollo y/o recuperación, participar activa y comprometidamente en mi plan de autocuidado, el que será elaborado en forma conjunta con mi terapeuta de Medicina Complementaria y Prácticas de Bienestar de la Salud.
5. Estoy en conocimiento de que si mi situación de salud de base, por la cual fui derivado, se agrava, debo informar a mi terapeuta tratante y/o equipo de salud.
6. En este acto, manifiesto voluntariamente mi deseo de recibir las terapias complementarias y los procedimientos que ellas impliquen.
7. Declaro que he tenido oportunidad de realizar todas las preguntas necesarias para aclarar mis dudas respecto al proceso de atención en el contexto de la Medicina Complementaria.
8. Finalmente, expreso también mi autorización para utilizar el registro audiovisual o escrito de mi testimonio o participación en este proceso de bienestar y sanación, con fines docentes y/o de investigación, cuando sea requerido.

FIRMA DE LA PERSONA/ RUT

FIRMA DEL TERAPEUTA/ RUT

Fecha, _____, dd/mm/aa,

AUTORIZACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR EN MENORES DE EDAD O PERSONAS EN SITUACIÓN QUE IMPIDE SU RACIOCINIO

Ante la imposibilidad de _____
Rut: _____ de prestar autorización para los tratamientos explicitados en el presente documento de forma libre, voluntaria, y consciente, Yo _____
_____, en calidad de (padre, madre, tutor legal, familiar, allegado, cuidador), expreso, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi conformidad libre, voluntaria y consciente a la técnica descrita para los tratamientos explicitados en el presente documento.

En _____, _____ de _____ de _____

FIRMA DEL TUTOR/ RUT