

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA NEURAL

El Profesional: _____

INFORMA

Don/Doña: _____ con DNI : _____

y en pleno uso de sus facultades, sobre el procedimiento terapéutico de la **TERAPIA NEURAL**, que supone las inyecciones de un anestésico local en pequeñas cantidades y bajas concentraciones, en puntos específicos del cuerpo en los que se considera, después de escuchar la historia de vida de la persona, que puede haber irritación en el tejido nervioso, y con la finalidad de neutralizar estas irritaciones para facilitar que el organismo reencuentre sus mecanismos naturales de auto-regulación y equilibrio.

RIESGOS

Como en todo procedimiento terapéutico, existen unos riesgos, que en el caso de la Terapia Neural son poco frecuentes. Debido al anestésico local puede haber una irritación local (muy poco frecuente) o una reacción alérgica (muy raro). Y como todo procedimiento en el que se utilizan inyecciones, existe el riesgo de hematoma (poco frecuente) o de hemorragia (muy raro) o perforación de un órgano (extraordinariamente raro) o de infección local o sistémica (extraordinariamente raro).

RIESGOS PARTICULARES

Además de los anteriores, en los casos de personas con alteración de la coagulación (ya sea por enfermedad o por fármacos) se puede incrementar la incidencia de hematoma o de hemorragia.

Firma del profesional que informa:

Puesto que la información me ha sido facilitada de manera comprensible y estoy satisfecho, he podido formular preguntas y se me han aclarado las dudas presentadas al leer o escuchar la información específica, así como el porqué de la elección de este procedimiento terapéutico, **DOY MI CONSENTIMIENTO a ser tratado con Terapia Neural**

Este consentimiento puede ser revocado antes de la realización de cualquier visita sucesiva.

Lugar y fecha:

FIRMA :

En caso de ser **menor de edad** o de **incapacidad**,

NOMBRE del / de la paciente:

Firma de la madre, del padre o su representante legal: