**Terapia con ventosas: formulario de consentimiento y autorización**

**Acerca de la terapia con ventosas**

Las ventosas son una técnica terapéutica que se utiliza en la medicina tradicional china (MTC) y se cree que tiene numerosos beneficios para la salud, además de estimular el flujo de Qi ("fuerza vital") dentro del cuerpo. Estos tratamientos corporales se integran bien con la terapia de masaje y consisten en aplicar una presión negativa localizada (succión) a la piel utilizando copas de vidrio, plástico o silicona en un área específica del cuerpo. La intención de esta terapia es estimular la función de los sistemas circulatorio y linfático. También puede ayudar a liberar los tejidos congestionados y aflojar las adherencias en los tejidos superficiales del cuerpo.

**Contraindicaciones de la terapia con ventosas**

• Coágulos de sangre

• Trastornos hemorrágicos

• Amortones con facilidad

• Hemofilia

• Áreas lesionadas

• Infecciones

• Afecciones agudas de la piel

• Sunburn/ Rash

• Lesiones cutáneas

• Cáncer

• Áreas de hernia

• Hematomas

• Flebitis / Venas varicosas

• Alteración de la sensibilidad

• Edema/linfedema

• Medicamentos: Warfarina (Coumadin)

**Por favor, lea y ponga sus iniciales en cada uno de los siguientes elementos**

\_\_\_\_ Entiendo que el vacío formado por las ventosas puede resultar en que queden marcas en mi cuerpo.

\_\_\_\_ Mi acupunturista me ha informado de las contraindicaciones de la terapia con ventosas, y le he proporcionado a mi acupunturista un historial médico preciso y completo para descartar cualquier contraindicación para recibir tratamiento.

\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en comunicar a mi acupunturista las molestias físicas experimentadas durante la sesión.

\_\_\_\_ Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la terapia con ventosas y mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

\_\_\_\_ No estoy tomando anticoagulantes y no tengo contraindicaciones para la terapia con ventosas.

\_\_\_\_ Libero al Acupunturista y a la empresa de toda responsabilidad por cualquier daño que pueda resultar involuntariamente de este tratamiento.

Además, entiendo que el masaje y la terapia con ventosas no sustituyen un examen o tratamiento médico, y que debo consultar a un médico u otro especialista de la salud calificado para cualquier dolencia mental o física de la que tenga conocimiento. Entiendo que el acupunturista y el masajista no diagnostican enfermedades o dolencias, y nada de lo que se diga durante el tratamiento debe construirse como tal. Mi consentimiento es informado y voluntario y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, excepto cuando las acciones ya se hayan tomado.

**Al firmar este formulario, estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento para proceder con la terapia de ventosas**.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_