

Identificación

Paciente	RODRIGO AZOCAR
RUT paciente	171007976
Correo	ro@sientenativo.cl
Profesional	Jorge Alfaro Ochoa
RUT profesional	14.613.211-6
Registro	19.804-8

Consentimiento informado de Naturopatía

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN DE NATUROPATÍA 1. Naturaleza de la atención Declaro que he sido informado/a de que la Naturopatía es una práctica complementaria o alternativa orientada al bienestar y al apoyo de hábitos saludables, que puede considerar educación en estilos de vida, alimentación, ejercicio, técnicas naturales y otras medidas propias del ámbito de competencia del profesional tratante. 2. Alcance y límites Comprendo que la atención naturopática no sustituye la evaluación, diagnóstico, tratamiento, seguimiento o indicaciones de un médico u otro profesional sanitario cuando estos sean necesarios. Si presento síntomas de alarma, una urgencia, una enfermedad aguda o crónica que requiera evaluación médica, se me puede recomendar consultar o derivar a un profesional o establecimiento de salud. 3. Información recibida Declaro haber tenido la oportunidad de preguntar y recibir información comprensible sobre el objetivo de la atención, las recomendaciones propuestas, sus beneficios esperados, sus limitaciones, alternativas razonables y posibles molestias o riesgos asociados a cambios de alimentación, productos naturales, suplementos, técnicas manuales u otras recomendaciones que pudieran plantearse según mi caso. 4. Medicamentos, diagnósticos y antecedentes Me comprometo a informar de manera completa y veraz mis antecedentes de salud, alergias, embarazo o lactancia, diagnósticos, tratamientos, medicamentos, suplementos y productos naturales que utilizo. Comprendo que no debo suspender ni modificar medicamentos prescritos por otro profesional sin la indicación del profesional habilitado correspondiente. 5. Carácter voluntario Entiendo que mi participación es voluntaria. Puedo rechazar una recomendación, solicitar aclaraciones o retirar mi consentimiento para continuar con la atención en cualquier momento, sin perjuicio de recibir orientación sobre las consecuencias que ello pudiera implicar para mi cuidado. 6. Protección de información Autorizo el registro de los datos necesarios para documentar esta atención y este consentimiento, incluyendo mi identificación, fecha, profesional tratante, firma electrónica manuscrita capturada en pantalla, dirección IP, fecha y hora de firma y código de verificación. Esta información será utilizada para respaldo clínico-administrativo y verificación del documento. 7. Declaración final Declaro que he leído este documento, que su contenido me fue explicado o tuve la posibilidad de solicitar explicaciones, que mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente y que otorgo mi consentimiento de forma libre e informada para recibir atención de Naturopatía en los términos aquí descritos.

Declaración y firma del paciente

Declaro que leí, comprendí y acepto voluntariamente el consentimiento informado.

Firma electrónica manuscrita capturada en KontrolMed:



Fecha/hora: 2026-08-13 16:34:56

IP registrada: 10.83.199.3

RODRIGO AZOCAR

Verificación del documento

Codigo: bf79a4eeb41f63585599ad332ad70963f850fd7d

URL:

http://sientenativo.ddns.net/ordenmedica/public/verificar_consentimiento.php?codigo=bf79a4eeb41f63585599ad332ad70963f850fd7d

