

PATIENT CONSENT TO X-RAY

(Initials) I, _____, authorize the performance of diagnostic X-ray examination of myself which the doctor or the associate doctor of Allendale Chiropractic Clinic, may consider necessary or advisable in the course of my examination and treatment. (Yo, _____ autorizo el rendimiento del examen diagnóstico radiográfico de que el doctor o el doctor asociado de Allendale Chiropractic Clinic, considere necesario o conveniente en el curso de mi examen y tratamiento.)

PATIENT CONSENT TO X-RAY MINOR

(Initials) I, _____, authorize the performance of diagnostic X-ray examination of my child or ward, _____, which the doctor or associate doctor of Allendale Chiropractic Clinic, may consider necessary or advisable in the course of my examination and treatment. The patient is a minor, _____ years of age. My relationship to this minor is: _____. (Yo, _____ autorizo el rendimiento del examen diagnóstico radiográfico de mi hijo o pupilo, que el doctor o el doctor asociado de Allendale Chiropractic Clinic, considere necesario o conveniente en el curso del examen y tratamiento. El paciente es un menor de edad, y tiene ____ años de edad. Mi relación con este menor es: _____.)

VERIFICATION OF NON-PREGNANCY

(Initials) This is to certify that, to the best of my knowledge, I am NOT pregnant and the doctor or the associate doctor of Allendale Chiropractic Clinic have my permission to perform diagnostic X-ray examination. I have been advised that X-rays can be hazardous to an unborn child. (Esto es para certificar que, a lo mejor de mi conocimiento, no estoy embarazada y el doctor o el doctor asociado de Allendale Chiropractic Clinic tiene mi permiso para realizar examen diagnóstico con rayos X. Se me ha informado de que los rayos X pueden ser peligrosos para un niño por nacer.)

Date of Last Menstrual Period: _____
(Fecha de la última menstruación:)

Patient Signature or Legal Guardian/Firma del Patient o Guarda Legal

Date/Fecha