Texas Health Physicians Group℠

X-Ray Consent Form

I authorize the performance of a diagnostic x-ray(s) examination of myself which my provider may consider necessary or advisable in the course of my examination and treatment.

_____ Date_____
(Signature of Patient or Legal Representative)

_____ Date_____
(Witness)

If Patient is a Minor

I am the parent or legal representative of _____ who is a minor, _____ years of age. I authorize the performance of diagnostic x-ray(s) of this minor which the provider may consider necessary or advisable.

_____ Date_____
(Signature of Guardian or Legal Representative)

Consentimiento Para Radiografia

Autorizo la realizacion del examen diagnostic de rayos x de mi mismo, la cuál el medico considere necesaria o coveniente en el curso de mi examen y tratamiento.

_____ Fecha_____
(Firma Del Paciente o Del Representate Legal)

_____ Fecha_____
(Testigo)

Paciente Menor De Edad

Yo soy el padre/representante legal de _____ que tiene la edad de, _____ años. Autorizo la realizacion del examen diagnostic de rayos x del menor de edad, la cuál el medico considere necesaria o conveniente.

_____ Fecha_____
(Firma Del Paciente o Del Representate Legal)

Texas Health Physicians Group

Pregnancy Questionnaire

Your provider has ordered an X-Ray examination. To prevent radiation of an unborn child we request that you answer the following questions:

Any chance of Pregnancy? Yes ☐ No ☐

First day of last menstrual cycle_____

Please check any of the following that apply?

Birth Control/IUD	Yes ☐	No ☐	Tubal Ligation	Yes ☐	No ☐
Menopause	Yes ☐	No ☐	Hysterectomy	Yes ☐	No ☐
Vasectomy	Yes ☐	No ☐	Other _____		

_____ Date_____
(Signature of Patient or Legal Representative)

Cuestionario De Embarazo

El doctor a ordenado una examinacion de radiografias. Para evitar radiación en un bebe no nacido, se require que conteste estas preguntas:

Hay posibilidad de embarazo? Si ☐ No ☐

Cuál fue el primer dia de su ultimo periodo? _____

Por favor marque todos los que sean pertinentes?

Pastillas Anticonceptivas/IUD	Si ☐	No ☐	Ligadura de trompas	Si ☐	No ☐
Menopausia	Si ☐	No ☐	Histerectomia	Si ☐	No ☐
Vasectomia	Si ☐	No ☐	Otro _____		

_____ Fecha_____
(Firma Del Paciente o Del Representate Legal)