

**CONSENT FOR X-RAY EXAMINATION**

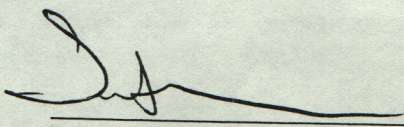
I, Tiffany Anderson hereby certify that:

1. Before undergoing any X-ray examination, I have been informed by U.S. HealthWorks Medical Group that radiation exposure may be harmful to my health and to the health of my offspring, in case I am pregnant.
2. I have been asked to notify the X-ray technician, by means of this statement, if I am or if I believe that I might be pregnant, before I undergo any X-ray examination.
3. I have been asked to provide this information so that, in case of pregnancy, appropriate measures can be taken to protect the well-being of both my descendant(s) and I, while still receiving the best possible medical care.
4. My last menstrual period started on 1-2011 and to the best of my knowledge,  
 **I am not pregnant** and I consent to an X-ray examination, as indicated by the physician.  
 **I am pregnant.**

**AUTORIZACION PARA EXAMEN DE RAYOS X**

Yo, \_\_\_\_\_ certifico que:

1. Antes de cualquier exámen de rayos X, he sido informada por U.S. HealthWorks Medical Group que la exposición a radiaciones puede ser perjudicial para mi salud y para la salud de mi hijo(a), en caso de estar embarazada.
2. Se me ha pedido que notifique al técnico de rayos X, por intermedio de esta certificación, si estoy embarazada o creo estar embarazada, antes de que se me haga algún exámen de rayos X.
3. Se me ha pedido que suministre esta información para que en caso de estar embarazada, puedan tomarse las medidas necesarias para proteger a mi hijo(a) y a mi, mientras recibo el mejor cuidado médico posible.
4. Mi último período menstrual comenzó el \_\_\_\_\_ y hasta donde yo sé,  
 **no estoy embarazada** y doy mi consentimiento para un exámen de rayos X, tal como fue indicado por el médico.  
 **si estoy embarazada.**

  
SIGNATURE (Firma)

\_\_\_\_\_  
DATE (Fecha)