

**Selfpay**

**Adult**

Nombre \_\_\_\_\_  
                    Apellido Paterno                    Primer Nombre                    Segundo Nombre

Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Estado Civil      Casado/a      Soltero/a      Viudo/a      Divorciado/a      Separado/a

Idioma Preferido \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
                    Calle                    Ciudad                    Estado                    Código

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Tenemos tu autorización para que la clínica te mande mensajes de texto y/o correos de voz? **SI NO**

Correo Electrónico (E-Mail) \_\_\_\_\_

Compañía de Empleo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencias \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

¿A quien le podemos agradecer por referirlo/a? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez a tenido tratamiento quiropráctico? \_\_\_\_\_

**Autorización Para Eximir Información de Pago o de Beneficios Médicos**

Yo entiendo que soy el único responsable por todo los cobros que serán incurridos por mi persona. Yo asigno cualquier pago medico a la Clínica Quiropráctica Keith (Keith Clinic of Chiropractic). Si hay algún sobre pago en mi cuenta se me reembolsara lo mas pronto posible. Yo estoy de acuerdo a pagar todos los cobros de colección, cobros de corte, o de abogado adicionales a mi cuenta en esta clínica si así son necesarios. Yo autorizo a la Clínica Quiropráctica Keith (Keith Clinic of Chiropractic) que endorsen todos los cheques hechos a mi nombre para asi pagar mi cuenta. Yo entiendo que estoy expuesto a una averiguación de crédito en caso de que yo solicite uno por mis gastos.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**PACIENTES QUE NO TIENEN ASEGURANZA: POLIZA FINANCIERA**

Le pedimos a todos nuestros pacientes, que pagaran por sus propios medios, que paguen al final de cada consulta o semanalmente. Si usted tiene alguna dificultad financiera, talvez se pueda hacer un arreglo con uno de nuestros supervisores financieros. En el evento que usted solicite un crédito con nuestra oficina, nuestros empleados le harán una averiguación de crédito antes de que algún arreglo sea hecho.

***“Yo he leído y comprendo esta POLIZA FINANCIERA y estoy de acuerdo con los términos que aquí están establecidos.”***

---

Firma del Paciente

---

Fecha de la Firma

---

Nombre del Paciente

**CUESTIONARIO DE SALUD**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. Describa sus síntomas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

a. ¿Cuándo empezaron sus síntomas? \_\_\_\_\_

b. ¿Cómo empezaron sus síntomas? \_\_\_\_\_

2. ¿Que tan seguido sufre sus síntomas? Indique donde siente el dolor o tiene otros síntomas

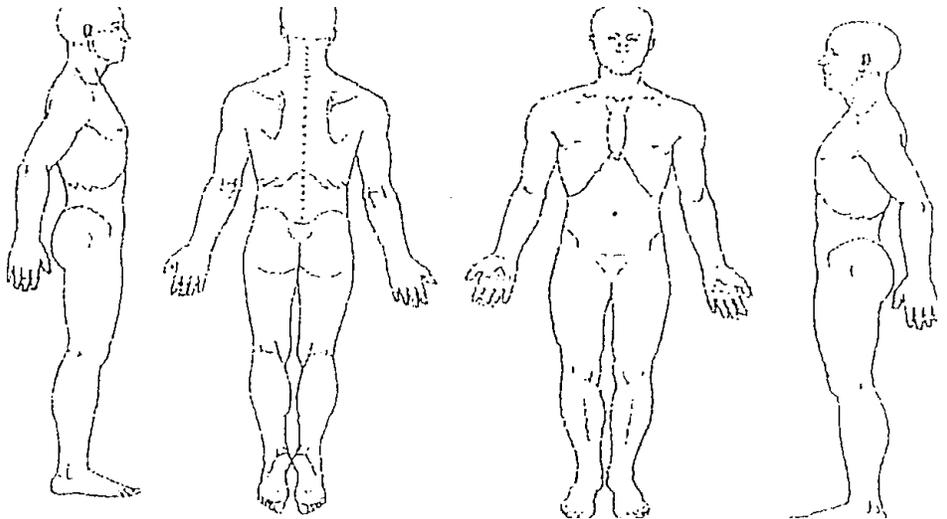
- a. Constantemente (75–100 % del día)
- b. Frecuentemente (51-75 % del día)
- c. Ocasionalmente (26-50 % del día)
- d. Raramente (0-25 % del día)

3. ¿Que describe la naturaleza de sus síntomas?

- \_\_\_ Punzante            \_\_\_ Agudo
- \_\_\_ Opaco              \_\_\_ Ardor
- \_\_\_ Adormecido       \_\_\_ Hormigueo

4. ¿Cómo están cambiando sus síntomas?

- \_\_\_ Mejorando
- \_\_\_ Igual
- \_\_\_ Empeorando



5. **Durante las 4 semanas pasadas:**

- a. Indique la intensidad de sus síntomas Ninguno 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Intolerable 10
- b. ¿Cuánto interfiere su dolor con su trabajo normal? (incluyendo trabajos fuera del hogar y domésticos)
- \_\_\_ Nada      \_\_\_ Un Poco      \_\_\_ Moderadamente      \_\_\_ Bastante      \_\_\_ Extremadamente

6. **En las ultimas 4 semanas ¿qué tanto tiempo ha interferido su condición con sus actividades sociales? (Por ejemplo, visitando a sus amigos o familiares)**

\_\_\_ Todo el tiempo    \_\_\_ Mayor parte del tiempo    \_\_\_ Algún tiempo    \_\_\_ Poca parte del tiempo    \_\_\_ Ninguna parte del tiempo

7. **En general diría usted que su salud ahora es....**

\_\_\_ Excelente      \_\_\_ Muy Bien      \_\_\_ Buena      \_\_\_ Estable      \_\_\_ Mal

8. **¿A quien ha visto para sus síntomas?** \_\_\_\_\_

- a. ¿Que tratamiento recibió usted y cuando? \_\_\_\_\_
- b. Que exámenes ha tenido usted para sus \_\_\_\_\_ rayos-X fecha \_\_\_\_\_ CT Scans fecha \_\_\_\_\_  
síntomas y cundo fueron realizados? \_\_\_\_\_ MRI fecha \_\_\_\_\_ Otros fecha \_\_\_\_\_

9. **¿Ha tenido usted estos mismos síntomas en el pasado?** \_\_\_\_\_

¿Ha quien vio usted por sus síntomas? \_\_\_\_\_

10. **¿Cuál es su oficio?** \_\_\_\_\_

- a. Si no es jubilado, ama de casa o estudiante,  
¿Cual es su posición actual de trabajo? \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO DE SALUD (PHQ) – Pagina 2**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Que tipo de ejercicio regular hace?  Ninguno  Ligero  Moderado  Pesado

¿Cuál es su estatura y su peso?

Estatura

Pies      Pulgadas

Peso

--	--	--

Por cada síntoma listado abajo, ponga un tache en la columna de *Pasado* sí alguna vez tubo ese síntoma. Y un tache en la columna de *Presente* si es que tiene ese síntoma ahora.

Pasado	Presente		Pasado	Presente		Pasado	Presente	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor de Cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Presión Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor de Cuello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ataque al Corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sed Excesiva
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor de Espalda Arriba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor de Pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Orinacion Frecuente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor de Espalda Media	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infartos			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor de Espalda Baja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fuma o Usa Tabaco
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor de Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Piedras en los Riñones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Uso de Drogas o Alcohol
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor de Codo y Brazo Superior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Molestia de los Riñones			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor de Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infección de Orín	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alergias
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor de Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor al Orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depresión
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No Control al Orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lupus Sistemática
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor de Cadera/Pierna Superior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas del Próstata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsia
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor de Rodilla/Pierna Inferior				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Demartitis/Eczema
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor de Tobillo/Dolor de Pie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Subir o Bajar de Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	VIH/Sida
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Perdida de Apetito			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor de Quijada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor Abdominal			<b>Mujeres Solamente:</b>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ulcera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Píldoras Anticonceptivas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tejidos Inflamados/Tiosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Reemplazos Hormonales
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas del Hígado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Embarazo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Artritis Reumatoide						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fatiga General	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer			<b>Otros Problemas de Salud:</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Incoordinación Muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tumores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Obstáculos Visuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mareos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sinusitis Crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Indique si algún familiar cercano tiene alguno de estas enfermedades:

Artritis Reumatoide  Problemas del Corazón  Diabetes  Cáncer  Lupus  \_\_\_\_\_

Liste todos los medicamentos y suplementos herbales que esta tomando:

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Liste todas las operaciones que ha tenido y las veces que ha sido hospitalizado:

_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

Doctors Additional Comments:

_____
_____
_____

Doctor's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## SU PRIVACIDAD CUENTA

Este documento describe como su información medica será usada y/o compartida y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor lea esto cuidadosamente. Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar este contrato. Si hay un cambio en nuestras pólizas, le enviaremos un contrato nuevo a la dirección que usted nos proporcione.

### Comprendiendo su INFORMACION MEDICA:

Cada vez que usted visite a un medico o un proveedor de salud medica, él hará un historial medico por cada visita. Típicamente, este historial medico contiene información sobre su salud en el pasado, sus síntomas actuales, exámenes, resultados de exámenes, diagnósticos, tratamiento, y un plan de cuidado para usted. Este historial medico sirve para:

- La base en planear su cuidado medico.
- Como base de comunicación entre doctores y proveedores de salud medica que contribuyen en su cuidado.
- Documentación legal describiendo los cuidados que recibió y él por que de ellos.

Saber que contiene su historial medico y comprendiendo como esta información será usada le ayudara a:

- Asegurarse que sus cuidados sean correctos y completos.
- Comprender quien, que, cuando, porque y como otros proveedores obtienen su información.

### Sus Derechos Bajo El Estándar de Privacidad Federal:

Aunque su historial medico sea físicamente propiedad del proveedor medico que lo haya completado, usted tiene ciertos derechos sobre la información que están en ellos. Usted tiene el derecho a:

- Restringir el uso y divulgación de la información de tratamiento, pagos, y cuidados médicos. Los cuidados médicos consisten en las actividades que sean necesarias para llevar acabo el tratamiento, así como la calidad de las cosas y segunda opiniones. Su derecho para pedir una restricción no incluye el uso o divulgación de la información permitida [164.502(a)(2)(I)(para usted), 164.510(a)(para el uso de oficina), o 164.512 (no necesita consentimiento o autorización. En caso de enfermedades contágiales no tiene el derecho de restringir. En aun en los casos que usted halla pedido una restricción, reservamos el derecho de aceptar la restricción. Si aceptamos, de cualquier modo, nos basaremos en ella al menos que usted haga otra petición.
- Pedir que nos comuniquemos con usted de otra manera, si es razonable, nosotros deberemos honrar esa petición.
- Recibir y mantener una copia de este documento de información practica, así como nosotros pondremos una copia en su fólder, como requiere la ley que usted este informado y reciba una copia.
- Inspeccionar y copiar su información medica. Nosotros nos reservamos el derecho de negarle esta petición si creemos que causara daños a terceras personas.

Usted no tiene el derecho a lo siguiente:

- ❖ Notas de Psicoterapia
- ❖ Información recopilada con una razonable anticipación de o para ser usada en procedimientos o acciones civiles, criminales, o administrativos.
- ❖ Cualquier información que sé a sujeta a CLIA de 1988, 42U.S.C.
- ❖ Información que fue obtenida por alguien mas aparte del proveedor de cuidado medico, bajo el juramento de confidencialidad y que revele el nombre del proveedor de dicha información.
- Pedir correcciones o alteraciones en su historial medico. Pero no tenemos que corregirlo sí:
  - ❖ Nosotros no creamos el historial medico.
  - ❖ Los historiales médicos no están a su disposición como explicamos previamente.
  - ❖ El historial medico esta correcto y completo.

Si le negamos su petición para alterar, le notificaremos él porque, el cómo usted puede adjuntar una declaración de desacuerdo a su historial medico, y el cómo usted puede solicitar un reclamo al departamento de salud. Si la petición es aceptada, nosotros haremos las correcciones y distribuciones a quienes usted nos indique.

En otras ocasiones, el proveedor puede negarle acceso, pero si lo hace, el proveedor deberá proveerle con un resumen de su decisión en los siguientes 60 días. Si le damos acceso, le indicaremos que, si hay algo, debe hacer para obtener acceso. Nosotros nos reservamos el derecho a cobrar una cuota razonable por las copias. Las situaciones en las que podríamos negarle un resumen medico son:

- ❖ Cuando un profesional determine que dicha información ponga su vida en peligro o de otro individuo.
- ❖ Cuando la información haga referencias a otra persona y esta información sea dañina a esta persona.
- ❖ La petición se echa por el representante del individual y que un profesional crea que dicha información cause daño al individuo o a otra persona.

Usted puede obtener una explicación de los usos no rutinarios y divulgaciones de esos, aparte del tratamiento, pagos y cuidados médicos. Si no le proveemos con una explicación en el momento, se le dará en 60 días. Nosotros no tenemos que proveer una explicación por:

- ❖ Divulgaciones para usted
- ❖ Divulgaciones autorizadas por usted

- ❖ Divulgaciones de datos limitados
- ❖ Directorio de la Facilidad o a otra persona involucrada con el cuidado o para propósitos de notificaciones
- ❖ Seguridad Nacional o Propuestas de Inteligencia Nacional
- ❖ Institutos Correccionales o en forzamientos de leyes
- ❖ Datos que ocurrieron antes de Abril 14, 2003

**El Estándar de Privacidad Federal Nos Exige Que:**

- ❖ Mantengamos la privacidad de su información de salud.
- ❖ Proverlo con un aviso de sus obligaciones y practicas de privacidad con respecto a su información de salud
- ❖ Acatemos los términos de este contrato
- ❖ Implementar una póliza de autorización de la oficina y sus normas.
- ❖ Disminuir los efectos de cualquier división de privacidad.

**Usos y Divulgaciones Aparte de Tratamientos, Pagos o Cuidados médicos:**

**Asociados de Negocios:** Nosotros podemos proveer algunos servicios a través de contactos con otros asociados. Eje. : Transcripciones Medicas es contratada y ellos tendrán acceso a su información para que ellos puedan hacer su trabajo.

**Directorio:** Al menos que usted nos notifique de alguna objeción, nosotros podemos usar su nombre y información general para nuestro directorio.

**Notificaciones:** Nosotros podemos usar o divulgar su información para notificarlo o notificar a un familiar o persona responsable sobre su cuidado medico, de su ubicación, y condición general.

**Comunicación Familiar:** Al menos que usted tenga una objeción, el personal medico, usando su mejor criterio, puede informar a un familiar, a un relativo, a un amigo, u otra persona indicada por usted, sobre su información de salud o pagos sobre sus cuidados médicos.

**Investigaciones:** Nosotros podemos divulgar su información a investigadores cuando un grupo de revisión halla asegurado los protocolos y la privacidad de su información de salud y este de acuerdo con la investigación.

**Directores Fúnebres:** Nosotros podemos divulgar su información de salud a los directores fúnebres que concuerden con las leyes para que ellos puedan llevar acabo su trabajo.

**Mercado / continuidad de Cuidados:** Nosotros podemos contactarlo para informarle de una cita o sobre su tratamiento(s), tratamientos alternativos, o otros beneficios médicos, tarjetas de cumpleaños, anuncios y otros servicios que puedan ser de su interés.

**Recaudación de fondos:** Nosotros podemos llamarlo para formar parte de nuestra recaudación de fondos.

**Administración de Comida o Drogas:** Nosotros podemos divulgar ala FDA cualquier información de salud relevante a los efectos adversos con respecto a comida, drogas, suplementos, productos, o productos defectos para posibilitar una retirada, una reparación, o reemplazo del producto.

**Compensación Laboral o Aseguranzas:** Nosotros podemos divulgar información de salud a las personas autorizadas. Podemos otorgar información medica a otros proveedores médicos, hospitales, y toda o cualquier parte de sus pagos por los servicios rendidos. Esto también incluye a los programas de aseguranzas, HMO, PPO, su empleador, y otras organizaciones o grupos de información (Ej. La Asociación de Quiroprácticos de Carolina del Norte, La Asociación Tercera de Responsabilidad, Aseguranza Med Pay, etc.) que pueden solicitar información medica, o requerir que se les asistan en obtener, distribuir, y/o rembolsar servicios por y en un extensivo necesario a cumplir con las leyes que se relacionan con la compensación laboral o otros programas similares organizados por la ley.

**Salud Publica:** Como requiere la ley, nosotros podemos divulgar su información medica a la salud publica o autoridades legales que son responsables por prevenir o controlar enfermedades, lesiones, o discapacidades.

**Instituto Correccional:** Si usted es un preso de un instituto correccional, nosotros podemos divulgar su información medica al instituto o agentes para el cuidado de su salud y el cuidado de salud de otros presos.

**en forzamientos de Ley:** Nosotros podemos divulgar su información medica como requiere la ley o en respuesta a una petición legal.

**Agencias de Cuidado de Salud y Autoridades de Salud Publica:** Si un miembro de nuestro en forzamientos de trabajo o un asociado cree que, en su mejor criterio, hemos hecho algo fuera de la ley o violado un protocolo profesional o clínico y estamos en poniendo en peligro a nuestros pacientes, trabajadores, o publico, ellos podrán darle su información medica a agencias de salud y/o autoridades de salud publica, como al Departamento de Salud.

**El Departamento Federal de Salud y Servicios Humanitarios (DHHS):** Bajo la ley de privacidad, nosotros podemos divulgar su información medica al DHHS como sea necesaria para que ellos determinen nuestros servicios con sus estándares.

**Si tiene alguna pregunta o quisiera información adicional, usted puede contactar al Supervisor de la Oficina al 704-392-1338.**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firme del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Testigo/Empleado/a de Keith Clinic:** \_\_\_\_\_

### Asignación y autorización Ajustes y Cuidados Quiroprácticos

Al Paciente: Usted tiene el derecho como nuestro paciente de ser informado de su condición y de los procedimientos quiroprácticos recomendados por el doctor para que usted tome la mejor decisión en seguir o desistir con los tratamientos sabiendo los riesgos involucrados. Este aviso no es para asustarlo o alarmarlo; es simplemente un esfuerzo de nuestra parte para que nuestros pacientes estén bien informados y sepan si dar o no dar su consentimiento.

Yo autorizo y pido que los procedimientos recomendados, incluyendo varias formas de terapia física y rayos X, sean administrados a mi persona (o a la persona nombrada abajo, por la que soy legalmente responsable) por el Doctor Quiropráctico nombrado abajo y/o por otros Doctores licenciados o por el personal de la clínica o oficina en la cual seré tratado hoy y/o en el futuro.

He tenido la oportunidad de hablar con el Doctor Quiropráctico nombrado aquí abajo sobre mi diagnóstico, el porque de los ajustes quiroprácticos y las alternativas. Yo entiendo y se me fue informado que, en la practica de quiropráctica hay riesgos en el examen y tratamiento incluyendo, pero no limitado ha, fracturas, lesiones a los discos, ataques, dislocaciones, torceduras, y el incremento de los síntomas y del dolor. Yo no espero que el doctor sea capaz de anticipar y explicar todos estos riesgos mas otras complicaciones, aun así deseo dar mi consentimiento al doctor para ejercer el tratamiento que él considere mejor para mi, basándose en los hechos que el sabe. No se me han dado ninguna garantía o asegurando nada en concreto sobre los resultados del tratamiento.

He leído, o se me ha explicado, la autorización de arriba. He tenido la oportunidad de preguntar todas mis preocupaciones y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Firmando este acuerdo, yo autorizo el tratamiento recomendado. Este acuerdo será efectivo por todo el tiempo que dure el tratamiento para mis síntomas y por algún síntoma en el futuro.

Para que lo llene el Paciente:

Para Que lo llene el Representante  
Legal del Paciente:

\_\_\_\_\_  
Escriba su Nombre

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
**Escriba el Nombre del Representante**

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Doctor Signature of Keith Clinic of Chiropractic, PA

\_\_\_\_\_  
Date Signed

**Autorización Para Compartir Información de Salud**

Yo autorizo que mi información de salud sea compartida y divulgada como describe aquí abajo. Entiendo que esta autorización es completamente voluntaria.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Seguro Social o W7: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre de Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Persona/Organización que Proveerá la Información: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Persona/Organización que recibirá la Información: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para el Propósito de: \_\_\_\_\_

Información Especifica de salud de la fecha de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ Historiales Médicos Completos
- \_\_\_\_\_ Reportes de Laboratorio o Rayos X
- \_\_\_\_\_ Otros (Por favor Explique)

Almenos que este acuerdo sea revocado, la autorización se terminara en la siguiente fecha, evento, o condición \_\_\_\_\_. Si no pongo una fecha de expiración, evento o condición, esta autorización será terminada en seis meses.

Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiéndoles a los médicos participantes. Esta revocación no valdrá en cosas echas antes de mi petición.

La información usada o divulgada antes de la petición de revocación, por mi parte, no podrá ser pretejida por esta ley.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Si Firmo un Representante Legal Cual es su relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo