



Firmar esta autorización es OPCIONAL. Su tratamiento, pago o elegibilidad NO dependen de que la firme.

Signing this authorization is OPTIONAL. Your treatment, payment or eligibility do NOT depend on signing it.

1. QUÉ AUTORIZO

What I authorize

Marque lo que autoriza / Check what you authorize:

☐ Fotos de antes y después
Before-and-after photos

☐ Testimonio escrito o grabado
Written or recorded testimonial

☐ Mostrar mi cara
Show my face

☐ Cambio de peso o resultados
Weight change or results

☐ Video
Video

☐ Mi primer nombre
My first name

☐ Solo de forma anónima (sin cara ni nombre)
Anonymous only (no face or name)

☐ Mi historia en mis propias palabras
My story in my own words

2. DÓNDE SE PUEDE USAR

Where it may be used

☐ Instagram, TikTok, Facebook, YouTube
Social media

☐ Anuncios pagados
Paid advertising

☐ Página web
Website

☐ Material impreso y presentaciones
Print and presentations

3. TÉRMINOS

Terms

- **Quién la usa:** Nurse Pulse APRN Services LLC y su DBA The Pulse Studio.
Who uses it: Nurse Pulse APRN Services LLC and its DBA The Pulse Studio.
- **Propósito:** educación y mercadeo de los servicios de la práctica.
Purpose: education and marketing of the practice's services.
- **No recibiré pago por esta autorización, salvo que se acuerde por escrito.**
I will not be paid for this authorization unless agreed in writing.
- **Vence en la fecha indicada abajo. Si no hay fecha, vence 3 años después de firmarla.**
It expires on the date below. If none is given, it expires 3 years after signing.
- **Puedo revocarla en cualquier momento por escrito a nursepulse@nursepulseclinic.com. La revocación no aplica a lo que ya se publicó antes de recibirla.**
I may revoke it at any time in writing to nursepulse@nursepulseclinic.com. Revocation does not apply to content already published before it is received.
- **Una vez publicada, la información puede ser vista, compartida o copiada por otras personas y ya no estar protegida por las leyes de privacidad (HIPAA).**
Once published, the information may be viewed, shared or copied by others and may no longer be protected by privacy laws (HIPAA).
- **Los resultados de cada persona varían. Nunca se presentarán mis resultados como garantizados para otros.**
Individual results vary. My results will never be presented as guaranteed for others.
- **Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.**
I have the right to receive a copy of this signed authorization.

Fecha de vencimiento (opcional)
Expiration date (optional)

Restricciones adicionales
Additional restrictions



FIRMA

Signature

Al escribir mi nombre completo abajo, firmo este documento electrónicamente y acepto que tiene la misma validez que mi firma escrita.

By typing my full name below, I sign this document electronically and agree it has the same validity as my handwritten signature.

Nombre del paciente (letra de molde) / *Patient name (print)*

Firma del paciente / *Patient signature*

Fecha de nacimiento

Date of birth

Fecha

Date

Representante legal (si aplica)

Legal representative (if any)