



## RAYOS X / CT / MRI CONSENTIMIENTO DE EMBARAZO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### **DEBE SER COMPLETADO PARA / O POR TODAS LAS MUJERES ENTRE LAS EDADES DE 11-55**

La radiación utilizada en rayos X / análisis de gato puede ser perjudicial para el feto. Para ayudar a prevenir lo accidental irradiación de un embarazo no reconocido, y de conformidad con las normas nacionales, exigimos la siguiente información de pacientes mujeres en edad fértil. Para la resonancia magnética, no hay evidencia concreta demostrando daño a un feto, solo podemos recomendar esperar hasta el segundo trimestre. Si alguno de la información a continuación indicada, incluso la posibilidad remota de embarazo, su médico de referencia pedirle que ordene una prueba de embarazo en orina o suero antes de cualquier imagen.

### **Por favor, conteste a las siguientes preguntas:**

- 1.) ¿Estás o es posible que estés embarazada?    **Si**    **No**    **Insegura**  
2.) ¿Está actualmente amamantando?            **Si**    **No**    **Insegura**  
3.) Método de control de la natalidad:            **Si**    **No**    **Insegura**

Si actualmente no toma anticonceptivos, ¿ha tenido actividad sexual desde su última vez? período menstrual que puede ponerla en riesgo de embarazo?    **Si**    **No**

4.) ¿Primer día del último período menstrual? \_\_\_\_\_

Yo (paciente o parte responsable) \_\_\_\_\_ he sido completamente informado de los riesgos involucrados en irradiar un embarazo en el primer trimestre y asumir la responsabilidad de cualesquiera consecuencias de los procedimientos que estoy a punto de tener. Tampoco sostendré Frederick Radiología & Centro de diagnóstico, los empleados de la instalación y / o la Asociación Americana de Radiólogos responsables por cualquier daño potencial a mi hijo no nacido o a mí mismo.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

