



PREGNANCY DISCLOSURE DECLARACION EN CASO DE EMBARAZO

Required for all female patients between the ages of 10 and 55 to complete this form.

Initial:

_____ I am not pregnant at the time of this x-ray examination.

_____ If there is a possibility that I may be pregnant, I understand this examination can be deferred until I have my next menstrual period, if my doctor agrees it is not an emergency.

_____ I realize that x-rays/radiation may be harmful to my unborn child; however, I wish to continue with the:

X-Ray CT Scan Nuclear Medicine

_____ Previous Surgeries: Tubal Ligation Partial/Full Hysterectomy N/A

Date of Last Menstrual Period (LMP): _____

Signature of Patient: _____ Date _____

Signature of Parent/Guardian: _____ Date _____

If patient unable to sign, please state why: _____

Se requiere que todas las mujeres entre los 10 y 55 años de edad llenen este formulario.

Márque sus iniciales:

_____ No estoy embarazada en este momento.

_____ Si hubiera alguna posibilidad de que yo este embarazada entiendo que el examen tendrá que posponerse hasta mi próxima menstruación, a menos que el médico indique que es una emergencia.

_____ Entiendo que la radiación y los rayos X podrían afectar negativamente al bebe en gestación, sin embargo deseo continuar con:

Rayos X Tomografía computarizada Medicina nuclear

_____ Cirugías Previas: Ligadura de trompas Histerectomía parcial o completa N/A

Fecha del último ciclo menstrual: _____

Firma de la paciente: _____ Fecha _____

Firma del padre/guardian: _____ Fecha _____

Si la paciente no puede firmar, favor de indicar la razón: _____