

X-Ray, CT, y MRI
Cuestionario de embarazo para las mujeres de 12-55

Nombre: _____

MR#: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

¿Para su conocimiento, usted está embarazada? Si No

Si es así, ¿qué tan avanzado esta? _____

Si usted no está embarazada, ¿Cuándo fue la fecha de su última menstruación? _____

¿Está usted en algún método de control de la natalidad? Si No

Si es si, por favor, especifique el método: _____

¿Si no, ha tenido sexo sin protección desde su última menstruación? Si No

¿Ha tenido un le han sacado la matriz? Si No

¿Ha tenido un amarrado las tubas? Si No

He contestado las preguntas anteriores con lo mejor de mi capacidad. He sido informado de los riesgos potenciales si estoy embarazada de los técnicos. Al firmar este formulario de autorización, le estoy dando mi consentimiento para proceder con el estudio radiológico que mi médico tratante ha ordenado para mi hoy.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Iniciales de(l/la) tecnólogo(a): _____