

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE EMBARAZO

Para minimizar la posibilidad de irradiar un embarazo no reconocido, requerimos la siguiente información de pacientes mujeres que ya han empezado a menstruar.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_

1. Tiene o ha tenido una histerectomía o ya pasó por la menopausia? SI NO si puso  
"Si" ya no necesita completar las preguntas 2 y 3.

2. ¿Está embarazada ahora o cree que podría estarlo? Por favor indique SI NO y notifique  
a nuestro personal inmediatamente.

3. Por favor indique la fecha del primer día de su último período menstrual: \_\_\_\_\_.

Según mi mejor conocimiento no estoy embarazada y al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que se realice mi procedimiento de radiología según lo prescrito por mi médico, con el conocimiento de los posibles efectos nocivos de un embarazo existente.

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

**Testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_