SAINT CLARE'S HOSPITAL

PATIENT LABEL

NOMBRE DEL PACIENTE:_____

FECHA:_____

De acuerdo a la mas reciente información recibida, se ha determinado que la radiación ionizante (rayos X e isótopos radioactivos) podría ser prejudicial al infante no nacido.

De manera que podamos proteger a todos nuestros pacientes, se requiere que todos nuestros pacientes femeninos completen este formato previo a la prueba de rayos X.

Este formato debe ser completado por todos los pacientes femeninos cuya edad indique que un embarazo es posible (edades entre 10-55 años)

Si tiene alguna pregunta sobre este asunto, favor de consultar con su médico de familia.

FECHA DE SU ULTIMO PERIODO MENSTRUAL NORMAL _____

¿SE ENCUENTRA USTED EMBARAZADA? (tenemos disponibles pruebas de embarazo vía orina)

NO_____

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE NO EMBARAZO

Por este medio confirmo, que a mi mejor entender, no estoy embarazada y que no tengo razón alguna para creer estarlo. Se me ha ofrecido la oportunidad de hacerme una prueba de embarazo y he declinado la misma. Si esto fuera un error y descubro que estoy embarazada, por este medio relevo de cualquier responsabilidad relacionada a mi decisión a cualesquiera de los doctores que han participado en mi cuidado, al Saint Clare's Hospital y su Junta de Directivos, Administración, empleados, agentes y el personal médico. Comprendo además que este relevo será obligatorio para los herederos, ejecutores testamentarios, administradores y sucesores.

Firma del Paciente o Guardián Legal	Fecha	Hora
Testigo	Fecha	Hora

Sí_____

FORMATO DE CONOCIMIENTO DE EMBARAZO

Por este medio confirmo que estoy embarazada. Debido a mis lesiones o enfermedad, mi médico ha ordenado pruebas de rayos X o isótopos radioactivos que podrían afectar el feto. Entiendo que se tomarán todas las medidas posibles para proteger el feto. Por este medio consiento a las pruebas requeridas de rayos X o isótopos radiactivos y relevo de cualquier responsabilidad relacionada a mi decisión, incluyendo cualquier daño sufrido a consecuencia de los efectos de la radiación, a cualesquiera de los doctores que han participado en mi cuidado, al Saint Clare's Hospital y su Junta de Directivos, Administración, empleados, agentes y el personal médico. Comprendo además que este relevo será obligatorio para los herederos, ejecutores testamentarios, administradores y sucesores.

Firma del Paciente o Guardián Legal	Fecha	Hora
Testigo	Fecha	Hora

No estoy segura _____

(Si no está segura favor de informar al Tecnólogo), se le podría requerir una prueba de embarazo vía orina.

Firma del Paciente o Guardián Legal	Fecha	Hora
Testigo	Fecha	Hora

Este documento ha sido traducido del inglés al español. Los dialectos regionales y locales pueden diferir. Si necesita ayuda para entender esta planilla, por favor comuníqueselo a un representante del hospital.