



### Todos los Pacientes de Sexo Femenino en Edad Fértil

*El bajo riesgo que conlleva la utilización de médicos de X-ray pueden reducirse aún más si el radiólogo (médico) o no sabe si está embarazada. Algunos X-rays se puede hacer con seguridad, incluso si usted está embarazada. Otros pueden ser pospuestos o no hacer en absoluto.*

¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	¿Ha tenido una histerectomía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La fecha de su último período menstrual
--	--	---

Otra información que relaciona a medidas de control de la natalidad utilizados o la cirugía previa

Información adicional que considere sería útil

**Firmas**

***Entiendo y acepto la responsabilidad de los examens de X-ray.***

Nombre de paciente (imprimir su nombre)	Firma de paciente/guardián	Fecha
---	----------------------------	-------

Si es guardián, imprimir su nombre	Relación con el paciente
------------------------------------	--------------------------

Witness signature	Witness name (please print)	Date
-------------------	-----------------------------	------