



EXAMEN RADIOLOGICO DEL EMBARAZO  
PARA MUJERES DE EDAD FERTIL

Esta forma debe ser completada para / por todas las pacientes femeninas que han menstruado y podrían estar o quedar embarazadas. Las mujeres que están embarazadas o sospechan que pueden estar embarazadas no deben someterse a un examen que utilice radiación ionizante a menos que el médico encargado determine que el examen es médicamente necesario y el paciente acepta el examen después de haber explicado los riesgos, beneficios y alternativas. Cuando sea posible, la confirmación del embarazo / no embarazo es importante antes de realizar un examen radiológico ionizante. Aunque la mayoría de los procedimientos radiológicos ionizantes estándar causan niveles bajos y no dañinos de exposición a la radiación a un feto, los procedimientos más especializados que utilizan dosis de radiación más altas pueden representar un mayor riesgo para la salud del feto, dependiendo del tipo de procedimiento (por ejemplo, pelvis, abdomen), dosis de radiación y etapa del embarazo.

Imprimir Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
NOMBRE SEGUNDO APELLIDO

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_  
Mes Dia Ano

Fecha de inicio del último ciclo menstrual: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización del ciclo menstrual: \_\_\_\_\_  Desconocido

- Si No Quizás ¿Estas embarazada?
- Si No ¿Está lactando actualmente?
- Si No ¿Ha tenido una prueba de embarazo administrada por vía médica en las últimas 72 horas?
- Si No ¿Ha tenido una ligadura de trompas? En caso afirmativo, Fecha: \_\_\_\_\_
- Si No ¿Ha tenido una histerectomía?
- Si No ¿Está usted actualmente en la menopausia?
- Si No ¿Ha completado la menopausia y no ha tenido un período en los últimos 2 años?
- Si No ¿Está usando una forma de control de la natalidad o tuvo un procedimiento que detiene completamente sus períodos?

He leído y entiendo las preguntas anteriores y atestigo que la información anterior es correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante legal Imprima Nombre del Paciente/Representante legal Fecha

\_\_\_\_\_  
Technologist Reviewing Form Date

**For Internal Use:**

Pregnancy testing required:  Yes  No Verbal consent to test:  Yes  No  
Consent provided by:  Patient  Guardian Testing Technologist: \_\_\_\_\_  
Test Date: \_\_\_\_\_ Results:  Negative  Positive Radiologist Consulted:  Yes  No  
Source of Results:  TMI Facility  Dr Office  Other \_\_\_\_\_  
Referring Physician Notified:  Via Fax  Via Phone  Not applicable  
Notes: \_\_\_\_\_