



- 2600 N. Gessner, Ste. 150, Houston, TX 77080
- 5630 E. Sam Houston Pkwy N., Houston, TX 77015
- 1336 Pin Oak Road, Katy, TX 77494

CONSENTIMIENTO PARA RAYOS-X DIAGNOSTICOS

Paciente: _____ Menor de edad? Si No
Primer Nombre Inicial Apellido

Su Doctor: _____

Typo de examen: _____

Cuando es su cita con su doctor? _____

Yo consiento a los rayos-x que mi Doctor considera necesarios en el curso de mi cuidado de salud. Comprendo que los rayos-x mencionados han sido ordenados por mi Doctor y que se llebaran acabo en Houston MRI bajo la supervision de los Radiologos. La naturaleza y proposito de los rayos-x, los riesgos incluidos, las posibles complicaciones y consecuencias de no consentir a los rayos-x, han sido explicados por el Doctor o por un miembro de Houston MRI.

Firma de Paciente / Padre

Fecha: ____/____/____

Testigo

Relacion al paciente

DAMAS SOLAMENTE

Algunos rayos-x pueden exponer a el feto. Si usted esta embarazada, es considerado mas seguro que los rayos-x se lleven acabo 10 dias despues de el comienso de su cyclo mensual.

Dia de ultimo cyclo mensual. Fecha: ____/____/____ Fecha de hoy: ____/____/____

- Ha tenido menopausia? Si No No sabe
- Esta embarazada? Si No No sabe
- Ha tenido una Histerectomia? Si No No sabe
- Tiene un IUD? Si No No sabe

Reconozco que si estoy embarazada y tengo radiacion, hay posibilidad de causar dano a el feto. Comprendo que la posibilidad de que cause dano es minima, y que en la opinion de mi Doctor los rayos-x son necesarios. Deseo tener esta examination ahora.

Firma de Paciente / Padre

Fecha: ____/____/____

Testigo

Relacion al paciente