

**PATIENT'S NAME:** \_\_\_\_\_

**DATE:** \_\_\_\_\_

Due to the most recent information available, it has been determined ionizing radiation (x-ray or radioactive isotope) may be hazardous to unborn children.

In order to protect all our patients, it is required that all female patients fill out this form prior to x-ray examination.

The form should be completed by all female patients of an age where pregnancy is possible (ages 10-55).

If you have any questions, please feel free to check with your family physician about this matter.

**DATE OF LAST NORMAL MENSTRUAL PERIOD** \_\_\_\_\_

**ARE YOU NOW PREGNANT? (urine pregnancy tests are available)**

**NO** \_\_\_\_\_

**NON-PREGNANCY VERIFICATION FORM**

I state that to my knowledge, I am not pregnant, nor do I have any reason to believe that I may be pregnant. I have been offered the opportunity to have a pregnancy test and have declined. If this should be an error and I discover that I am pregnant, I hereby release any doctors who participated in my care, Saint Clare's Hospital and its Board of Trustees, Administration, employees, agents, and medical staff from any and all liability related to my decision. I understand further that this release shall be binding upon the patient's heirs, executor, administrators and assigns.

\_\_\_\_\_  
Patient's Signature or Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Time

\_\_\_\_\_  
Witness

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Time

**YES** \_\_\_\_\_

**PREGNANCY AWARENESS FORM**

I state that I am pregnant. Due to my accident or illness, my physician has ordered X-rays or radioactive isotope that might affect the fetus. I understand that all possible precautions will be taken to protect the fetus. I hereby agree to have the prescribed x-rays or radioactive isotope and release any doctors who participated in my care, Saint Clare's Hospital and its Board of Trustees, Administration, employees, agents, and medical staff from any and all liability related to my decision, including any damages due to radiation effects. I understand further that this release shall be binding upon the patient's heirs, executor, administrators and assigns.

\_\_\_\_\_  
Patient's Signature or Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Time

\_\_\_\_\_  
Witness

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Time

**UNSURE** \_\_\_\_\_

**(If unsure please inform the Technologist) a urine pregnancy test will be required**

\_\_\_\_\_  
Patient's Signature or Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Time

\_\_\_\_\_  
Witness

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Time



**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 perjudicial 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 comuníquese a un representante del hospital.***



\*0912\*