

Se reconoce que la *radiación ionizante* puede ser perjudicial para el feto y que los efectos de *un campo magnético* sobre el feto no han sido determinados a la fecha. Es política de la Asociación Radiológica de Austin que las mujeres que estén embarazadas o sospechen que están embarazadas no deberían someterse a un examen que utilice radiación ionizante o campos magnéticos a menos que el médico que las deriva y/o el radiólogo determine/n que el examen es médicamente necesario. La Asociación Radiológica de Austin requiere confirmación de embarazo/no-embarazo de mujeres en edad fértil antes de realizar un examen radiológico. Se considera fértil a aquella comprendida en la franja de 10-55 años.

**VISITAS:** \_\_\_\_\_ No estoy embarazada y he optado por ingresar en la sala de escaneo/examen con la paciente. \_\_\_\_\_  
*\*\*Debido a la privacidad y seguridad de los pacientes, no se permiten visitantes en la sala para ciertos exámenes.* Iniciales de la vista

\_\_\_\_\_  
**Firma de la visita** \_\_\_\_\_  
**Fecha/hora**

**PACIENTE:**

**ESTADO NEGATIVO DE EMBARAZO:**

\_\_\_\_\_ No estoy embarazada \_\_\_\_\_  
Iniciales de la paciente

El embarazo puede confirmarse con un análisis de orina a cargo de la paciente. Comprendo que el análisis de orina que se realiza en el domicilio, utilizado actualmente por la ARA, no es 100% preciso y si que si el análisis se realiza dentro de los 21 días desde el momento de la concepción, los resultados podrían no ser precisos. Si está embarazada o si sospecha que podría estar embarazada, tiene a su disposición las siguientes opciones:

**ESTADO DE EMBARAZO NO DETERMINADO:**

\_\_\_\_\_ He decidido reprogramar el examen/procedimiento hasta que se confirme mi estado de embarazo. El personal de la ARA notificará a mi médico acerca de mi demora para realizar el examen.

\_\_\_\_\_ Me he denegado a realizar una prueba de embarazo y he decidido proceder con mi examen.

\_\_\_\_\_ Me he realizado una prueba de embarazo y los resultados indican que:

\* \_\_\_\_\_ Estoy embarazada \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_ No estoy embarazada \_\_\_\_\_  
Iniciales de la paciente Iniciales de la paciente

**ESTADO POSITIVO DE EMBARAZO:**

La radiación sobre el embrión/feto se asocia mínimamente y a modo de ejemplo con los siguientes riesgos: riesgo incrementado de cáncer en la niñez, anomalía congénita, retrasos mentales, cabeza pequeña y pérdida de embarazo. Los efectos de un campo magnético sobre el feto no han sido determinados aún. Se ha discutido conmigo el posible riesgo-beneficio del examen/procedimiento. Se me ha dado la oportunidad de realizar preguntas acerca del procedimiento por imágenes propuesto y sus riesgos y alternativas. Tengo suficiente información para prestar este consentimiento informado. Se me ha explicado el formulario. He leído el formulario o alguien más lo leyó por mí y entiendo su contenido. Hasta el momento:

\_\_\_\_\_ He leído y entiendo completamente la información que antecede y otorgo por el presente mi consentimiento para someterme a rayos X o a un procedimiento de RM.

\_\_\_\_\_ Iniciales de la paciente

\_\_\_\_\_ Me he negado a someterme al examen/procedimiento \_\_\_\_\_  
Iniciales de la paciente

**Con mi firma al pie, acepto que las declaraciones que anteceden son verdaderas y correctas y, por el presente, exoneró a Austin Radiological Association (Asociación Radiológica de Austin) de responsabilidad por cualquier complicación que pudiera ocurrir con motivo de la exposición a radiación ionizante o un campo magnético y asumo responsabilidad por mi decisión de someterme al examen/procedimiento.**

\_\_\_\_\_  
**Firma de la paciente/tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha/hora**

\_\_\_\_\_  
**Médico/enfermero/tecnólogo de la ARA (ARA Technologist/Nurse/Medic)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha/hora (Date/Time)**