

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)