



**DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

**SERVIZIO DI RADIOLOGIA DI.....**

Yo suscrita ....., nacida el ...../ ...../.....

CORRECTAMENTE ENFORMADA POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO DE RADIOLOGIA ACERCA DE LOS RIESGOS DE LOS ANALYSIS RADIOLOGICOS EN CASO DE EMBARAZO

**DECLARO QUE:**

- ESTOY EMBARAZADA**
- NO ESTOY EMBARAZADA**
- NO SE SI ESTOY EMBARAZADA Y POR LO TANTO:**

**RECHAZO** EL ANALYSIS RADIOLOGICO

**ACCEPTO** EL ANALYSIS RADIOLOGICO (ESTANDO ENFORMADA DE LOS RIESGOS)

Firma de la paciente

.....

FECHA...../ ...../.....