

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
EXÁMENES DE IMAGINOLOGÍA EN PACIENTE  
EMBARAZADA O POTENCIALMENTE  
EMBARAZADA**

PT Name:

MR#:

Patient Addressograph Label

Usted está programada para \_\_\_\_\_

El examen podría aumentar levemente la posibilidad de cáncer durante la vida de su hijo, pero las probabilidades de que viva una vida saludable son casi las mismas que las de cualquier otro niño en circunstancias similares a las suyas. El examen no aumenta los riesgos de defectos congénitos.

No han habido casos reportados de riesgo significativo para un bebé nonato debido a la resonancia magnética (MRI).

En la opinión de su médico, los riesgos de la radiación para usted y su bebé son mínimas comparada con los beneficios que este examen podría proporcionar. Cualquier pregunta que tenga con respecto a este examen deberá dirigirla al radiólogo.

Médico de radiología o médico que remite \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y entiendo completamente lo anterior y por medio del presente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento arriba mencionado. Se me han informado los riesgos previstos para mi embrión o feto.

Firma de la paciente/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Colegio Estadounidense de Radiología (American College of Radiology, ACR) Lineamiento de práctica médica para pacientes embarazadas o potencialmente embarazadas (*Practice Guideline for Pregnant or Potentially Pregnant Patients*) 2008

