



**Rayos x / densidad ósea / ultrasonido paciente consentimiento forma**  
**Consentimiento paciente a rayos x / densidad ósea / ultrasonido**

Autorizo la realización de diagnóstico radiografía o ecografía de mí mismo que mi médico considere necesarios o aconsejables en el curso de mi examen y tratamiento.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Si el paciente es un menor de edad:**

Yo soy el padre o representante legal de la \_\_\_\_\_ quién es menos, de \_\_\_\_\_ años de edad. Autorizo la realización de diagnóstico por rayos x o ultrasonido de este menor que mi médico considere necesarios o aconsejables.

Firma del padre/guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

**Hembras:**

En cuanto a posibilidad de un embarazo:

Esto es para certificar que, a lo mejor de mi conocimiento, no estoy embarazada, y BMX Imaging, LLC tiene mi permiso para realizar examen de diagnóstico de rayos x. He sido informado que ciertos exámenes radiológicos, particularmente los relacionados con la pelvis, pueden ser peligrosos para un niño por nacer.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_