

PATIENT CONSENT

1484 Williamsbridge Road
Bronx, New York 10461
Tel: 718.828.6800
Fax: 718.828.6586
www.ddiimaging.com

This form is required to be filled out by female patients or Guardians of female patients of childbearing ages (11 – 60).

Name of Patient: _____

Address: _____

Date: _____ **Time:** _____

In order to protect our patients from radiation, Distinguished Diagnostic is required to have female patients fill out the bottom portion below prior to having an **X-Ray / CT / DEXA** Scan preformed.

It has been determined that ionized radiation **X-Rays / CT / DEXA** Scan may be hazardous to an unborn child.

1. **Are you or could you possibly be pregnant now?**

_____ Yes _____ No

2. **If yes do you still want to do the test?**

_____ Yes _____ No

Patient/Legal Guardian Signature

Registering Staff Signature

Technologist's Signature

1484 Williamsbridge Road
Bronx, New York 10461
Tel: 718.828.6800
Fax: 718.828.6586
www.ddiimaging.com

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Este formulario debe ser llenado por pacientes de sexo femenino o tutores de los pacientes de sexo femenino de edad (11 - 60).

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha: _____ **Hora:** _____

A fin de proteger a nuestros pacientes a la radiación, Distinguidos de diagnóstico es necesario para pacientes de sexo femenino se han de llenar la parte inferior por debajo de antes de tener una X-Ray / CT / DEXA exploración preformados.

Se ha determinado que la radiación ionizada X-Rays / CT / DEXA Scan pueden ser peligrosos para el feto.

1. **Está o podría estar embarazada posiblemente ahora?**

_____ Si _____ No

2. **En caso afirmativo, todavía quieres hacer la prueba?**

_____ Si _____ No

Firma De Paciente / Tutor legal Firma

Registering Staff Signature

Technologist's Signature