Diagnostic Medical Imaging LLC
2170 West 68th Street Suite 1-2
Hialeah, Florida 33016

Patient Consent Form: Pre X-Ray Pregnancy Evaluation

Name (Nombre)	SSN (# de Seguro Social)	Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	Age (Edad)

Address (Direccion)	City (Cuidad)	State (Estado)	Zip (Codigo Postal)	Home Phone (# de Telefono)

Is there any chance that you could be pregnant? **YES** **NO**

What was the beginning date of your last menstrual cycle?_____

Do you use any form of birth control, such as birth control pills, condoms, other? **YES** **NO**

If yes, please list:_____

Have you ever had a tubal ligation (tubes tied) or hysterectomy? **YES** **NO**

If yes, when?_____

_____ _____
Signature of Patient **Date**

_____ _____
Witness **Date**

Existe alguna posibilidad de que usted este embarazada? **SI** **NO**

Cuando fue el primer dia que le comenzo la ultima regla?_____

Usa usted algun tipo de prevencion de embarazo? **SI** **NO**

Y si es asi, Cual tipo es? _____

Se le han amarrado los tubos o se le ha quitado la matris? **SI** **NO**

Si es asi, cuando fue?_____

_____ _____
Firma del Paciente **Fecha**

_____ _____
Testigo **Fecha**