



**Diagnostic Medical Imaging LLC  
6517 Taft St, Suite 103  
Hollywood, Florida, 33024**

**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 día 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