

PREGNANCY QUESTIONNAIRE (QUESTIONARIO)

DATE: _____

FOR ELECTIVE SCHEDULING OF RADIOLOGY PROCEDURES, THIS FORM MUST BE COMPLETED FOR/BY ALL FEMALES BETWEEN THE AGES OF 12 AND 50 YEARS OF AGE. WE MAKE EVERY EFFORT TO MINIMIZE RADIATION EXPOSURE IN ALL PATIENTS. HOWEVER, IF THERE IS ANY CHANCE THAT YOU COULD BE PREGNANT, SPECIAL LEAD SHIELDING MAY BE NECESSARY OR YOUR EXAMINATION DELAYED UNTIL YOU ARE NOT PREGNANT.

(PARA RADIOGRAFIAS ELECTIVAS, ESTE QUETIONARIO DEBE DE SER COMPLETADO POR TODAS LAS MUJERES DE 12 A 50 ANOS DE EDAD. NOSOTROS HACEMOS EL ESFUERZO DE USAR RADIACION MINIMA EN TODOS LOS PACIENTES. EN CASO DE QUE USTED ESTE EMBARAZADA O HAY POSIBILIDAD DE QUE PUEDE ESTAR EMBARAZADA PROTECCION EXPECIALES NECESARIA O SU EXAMEN PUEDE SER ATRAZADO HASTA QUE USTED NO ESTE EMBARAZADA.)

NAME: _____ AGE: _____ (NOMBRE) (EDAD)	
HAVE YOU HAD A HYSTERECTOMY? (HA TENIDO HISTERECTOMIA?)	
BEGINNING OF LAST MENSTRUAL PERIOD _____ / _____ / _____ MONTH (MES) DAY(DIA) YEAR (ANO)	
ARE YOU ON ANY TYPE OF BIRTH CONTROL? (ESTA USTED USANDO ALGUN TIPO DE ANTI-CONCEPTIVO?)	<input type="checkbox"/> YES(SI) <input type="checkbox"/> NO(NO)
IF YES, PLEASE CHECK BELOW: (SI LO ESTA USANDO, POR FAVOR INDIQUE EL METODO)	
A. BIRTH CONTROL PILLS (USA PASTILLAS ANTI-CONCEPTIVAS) B. I.U.D. (TIENDE DISPOSITIVO INTRAUTERINO) C. TUBAL LIGATION (TIENE LOS TUBOS LIGADOS) D. HUSBAND HAD VASECTOMY (ESPOSO A TENIDO VESECTOMIA) E. CONDOMS (CONDONES) F. DIAGHRAM AND FOAM (DIAGRAMA O ESPUMA) G. NONE OF THE ABOVE (NINGUNO DE LO ANTERIOR)	
HAVE YOU BEEN SEXUALLY ACTIVE SINCE YOU LAST PERIOD? (HA TENIDO RELACIONES SEXUALES DESDE SU ULTIMA REGLA?)	<input type="checkbox"/> YES(SI) <input type="checkbox"/> NO(NO)
ARE YOU PREGNANT? <input type="checkbox"/> YES(SI) <input type="checkbox"/> NO(NO) MAYBE (QUIZAS) _____	

 PATIENTS SIGNATURE (FIRMA DEL PACIENTE)

 WITNESS

AUTHORIZATION TO SUSPEND GUIDELINES:

REASON: _____

DATE: _____ PHYSICIAN SIGNATURE: _____

* «Patient Number» *

PREGNANCY DETERMINATION QUESTIONNAIRE