



## FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA ULTRASONIDO ELECTIVO

Por ese medio autorizo a Born Again Obstetrics & Gynecology para que se me realice un ultrasonido a mí y a mi bebé. Elijo tener este procedimiento y entiendo que su propósito no es de diagnóstico, o sea, el procedimiento no está destinado a detectar problemas obstétricos o defectos fetales congénitos. Entiendo completamente que este procedimiento será hecho con el propósito de obtener una vista tridimensional de mi bebe dentro de la matriz durante el periodo de tiempo programado en mi cita y que este servicio no es cubierto por proveedores de seguro. Ya he tenido mi sonograma clínico de rutina a las 20 semanas con mi obstetra y he discutido con el/ella mi elección de tener el ultrasonido en este momento y recibido su consentimiento.

Reconozco que durante esta cita, una vista óptima de mi bebé podrá ser difícil de conseguir dada la posición del bebé en la matriz y la cantidad de líquido amniótico presente. En este caso, entiendo que el sonógrafo me podrá recomendar regresar un día diferente para intentar una vez más.

Por este medio reconozco que he leído y entiendo la información en este documento y que, por medio de mi firma, acepto todos los términos mencionados.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_