



Consentimiento Informado para Ultrasonidos / Sonogramas

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Su doctor ha requerido que realicemos un ultrasonido/sonograma (US) para obtener información adicional. Este es un examen diagnóstico que utiliza ondas de sonido y una computadora para producir imágenes de partes internas del cuerpo.

El beneficio de este examen es asistir a su doctor para llegar a un diagnóstico. Puede haber otras alternativas de visualización, sin embargo, su doctor cree que un sonograma es el mejor examen para usted después de evaluar sus síntomas y condición médica.

Mediante mi firma, por este medio certifico que he leído completamente este consentimiento, se me ha explicado o me lo han leído. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición, formas alternativas de tratamiento, los procedimientos que serán usados, y los riesgos y peligros involucrados. Entiendo sus contenidos y tengo suficiente información para dar este consentimiento informado.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____ Date: _____

Firma del Proveedor: _____