

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN
DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

Yo, Precedo Neyra Norma Cristina identificada con DNI N° 41276159 confirmo que he sido informada oportuna y adecuadamente sobre los riesgos y efectos secundarios que puedan derivarse por la exposición de los rayos x durante mi evaluación en caso de estar embarazada.

Se me ha informado detalladamente que:

1. La radiografía de Tórax pueden tener algún efecto perjudicial en caso de existir un embarazo en curso
2. Las lesiones producidas por la radiación dependen de la dosis y del periodo gestacional en que se produce la exposición

Si es posible que usted esté embarazada, dígaselo al Médico o al tecnólogo Médico, antes de que se le realice el estudio con rayos x.

TIPO DE EXAMEN:

Pre Ocupacional ()

Anual (X)

Post Ocupacional ()

Nombre de la Empresa: SA) Uladech Católica

Autorizo: SI () NO (X)

25 de septiembre del 2019

Norma Cristina Precedo

FIRMA



HUELLA DIGITAL