

—○ CONSENTIMIENTO INFORMADO ○—

POLARIS ULTRASOUND LLC

CONTACTO

 281-866-6066

 polarisultrasound@gmail.com

 www.polarisultrasound.com

Nombre: _____

Género: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Dirección: _____

Teléfono: (_____) - _____ - _____

Correo electrónico: _____

Su médico ha solicitado que realicemos una ecografía (US) para obtener información adicional. Ésta es una prueba de diagnóstico que utiliza ondas sonoras y una computadora para producir imágenes de las partes internas del cuerpo.

El beneficio de este examen es ayudar a su médico a realizar un diagnóstico. Puede haber otras alternativas de diagnóstico por imágenes, sin embargo, su médico cree que una ecografía es la mejor prueba de diagnóstico para usted después de evaluar sus síntomas y su condición médica en este momento.

Con mi firma a continuación, certifico que he leído completamente este consentimiento, que me lo han explicado o que me lo han leído. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre los procedimientos que se utilizarán y los riesgos y peligros involucrados. Entiendo su contenido y tengo suficiente información para dar este consentimiento informado.

Firma del Paciente/ Padre/ Representante Legal.

TECNICO