

CONSENTIMIENTO PARA EL EXAMEN DEL ULTRASONIDO

Autorizo al personal del Centro de Salud Reproductivo de Knoxville, para que me hagan el ultrasonido con el fin de determinar el tiempo de mi embarazo. Entiendo que el propósito de este ultrasonido es SOLAMENTE para determinar el tiempo del embarazo, y no es para determinar ninguna anomalía de este embarazo, ni del feto, ni del sistema reproductivo. Entiendo que hay limitaciones a cualquier técnica de crear imágenes, y no hay tecnología que sea 100% precisa y confiable. Absuelvo al Centro de Salud Reproductivo de Knoxville y a sus empleados de toda responsabilidad por problemas que surjan de este examen, específicamente en relación a cualquier anomalía de mi embarazo, del feto, o del sistema reproductivo que no hayan sido evaluados en este ultrasonido.

FECHA

PACIENTE

TESTIGO