

# Universidad Interamericana de Puerto Rico

## Recinto de Ponce

### Programa de Tecnología Radiológica

---

#### *Declaración Voluntaria de Embarazo*

La acción de declarar el embarazo queda a discreción de la estudiante. Con el propósito de proteger el desarrollo del feto, la estudiante puede discutir con el Coordinador del Programa de Tecnología Radiológica cualquier sospecha de embarazo. Independientemente si la estudiante decide declararlo, se le aconseja consultar a su médico.

De acuerdo a la decisión tomada, la estudiante puede optar por una de las siguientes opciones:

1. Declarar embarazo:

De la estudiante decidir declarar su embarazo, deberá completar la *Declaración de Embarazo y Relevo de Responsabilidad para el Programa de Tecnología Radiológica* y solicitar modificaciones a sus prácticas clínicas. Para orientación, deberá reunirse con el Coordinador del Programa de Tecnología Radiológica.

La estudiante embarazada recibirá la orientación referente a los métodos para reducir la exposición a la **radiación iónica**. Esfuerzos para mantener la exposición a la radiación por debajo de 0.05 rem por mes y 0.5 rem durante el periodo de gestación deberán ser tomados inmediatamente. (*Refiérase a la publicación 10 CFR 20.1208 - NRCP para la dosis recomendada para la empleada embarazada y la dosis para el feto*). Un segundo dosímetro le será provisto a la estudiante y deberá ser utilizado en el área del abdomen. Se recomienda que la estudiante utilice un delantal **wrap-around** durante los procesos **fluoroscopios**. Bajo ninguna circunstancia, la estudiante embarazada deberá sostener un paciente o los receptores de imágenes durante las exposiciones.

2. Obtener ausentarse del programa durante el embarazo:

La estudiante embarazada puede voluntariamente decidir darse de baja de todos sus cursos el embarazo. Una vez la estudiante decida regresar al programa, la estudiante deberá reunirse con el Coordinador del Programa para discutir el plan de estudios para completar su grado. El plan de estudios será determinado basado en su historial de desempeño, nivel de competencia y las rotaciones no completadas. La fecha de graduación estará basada en los cursos que le falten a su regreso al programa.

# Universidad Interamericana de Puerto Rico

## Recinto de Ponce

### Programa de Tecnología Radiológica

---

#### 3. Continuar en el programa sin ninguna modificación:

La estudiante puede elegir no solicitar modificación alguna en su práctica clínica.

Si la estudiante decide **NO** declarar su embarazo o revocar una declaración de embarazo entregada por escrito:

1. Se le preguntará si ha revisado la dosis para la mujer embarazada y el feto como especificado en *10 CFR 20.1208 – NRCP* y si acepta toda la responsabilidad por cualquier riesgo asociado con la exposición del feto.
2. La estudiante continuará con su práctica clínica como asignada sin ninguna modificación.

Estudiantes embarazadas deberán cumplir con todos los objetivos y competencias clínicas según requerido en cada uno de los cursos de Tecnología Radiológica.

# Universidad Interamericana de Puerto Rico

## Recinto de Ponce

### Programa de Tecnología Radiológica

---

#### DECLARACIÓN DE EMBARAZO Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD PARA EL PROGRAMA DE TECNOLOGÍA RADIOLÓGICA

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que soy estudiante de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de Ponce, y que estoy adscrita al Programa de Tecnología Radiológica. Actualmente estoy asignada a \_\_\_\_\_, centro de práctica clínica. Voluntariamente declaro que estoy embarazada desde \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

Certifico que he leído la Política de Declaración Voluntaria de Embarazo para el Programa de Tecnología Radiológica. Como parte de mi educación clínica, estoy consciente de los riesgos a los que estoy expuesta durante el embarazo mientras realizo mi práctica clínica en el Departamento de Radiología. Entiendo que la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de Ponce y el centro de práctica clínica no son responsables en caso de anomalías en el feto que puedan causar la exposición a la radiación.

Yo,  ELIJO o  NO ELIJO (marque una) continuar con mi rotación clínica como asignada.

Entiendo que las modificaciones a mi práctica clínica estarán en efecto hasta que ocurra una de las siguientes:

- Alumbramiento
- Informar al Departamento de Radiología la terminación del embarazo
- Revoque por escrito esta declaración de embarazo

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Núm. Estudiante \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Coordinador del Programa: \_\_\_\_\_

Firma Coordinador del Programa: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Nota: La copia original de este documento debe incluirse en el expediente del estudiante.**