

HOJA DE INFORMACION DEL PACIENTE

Complete las secciones que le apliquen a usted.

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Dirección 1

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código Postal

Sexo (M/F)

Estado Civil

C S V

Medico que lo Refirió

Dirección del Médico que lo Refirió

Empleador

Persona a ser notificada en caso de emergencia:

Teléfono

Número de Teléfono Residencial

Número de Teléfono del Trabajo

Número de Celular

Fecha de Nacimiento

Número de Seguro Social

Ocupación:

INFORMACION DEL SEGURO**COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIA**

NUMERO DE TELEFONO:

NUMERO DE ID:

DIRECCION:

NOMBRE/NUMERO DE GRUPO:

NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLIZA:

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA POLIZA:

RELACION DEL PACIENTE CON EL TITULAR DE LA POLIZA:

TITULAR ESPOSO(A) HIJO(A) PADRE/MADRE OTRO

PLAN DE SEGUROS DEL EMPLEADOR? (MARQUE UNO) SI NO

RELACION SI NO ES EL PACIENTE

COMPAÑÍA DE SEGURO SECUNDARIA

NUMERO DE TELEFONO:

NUMERO DE ID:

DIRECCION:

NOMBRE/NUMERO DE GRUPO:

NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLIZA:

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA POLIZA:

RELACION DEL PACIENTE CON EL TITULAR DE LA POLIZA:

TITULAR ESPOSO(A) HIJO(A) PADRE/MADRE OTRO

PLAN DE SEGUROS DEL EMPLEADOR? (MARQUE UNO) SI NO

CONCERNIENTE AL SEGURO

YO **ESTOY DE ACUERDO NO ESTOY DE ACUERDO** A AUTORIZAR AL CENTRO PARA RADIOLOGIA DE LA MUJER A PRESENTAR EL SEGURO EN MI NOMBRE PARA COBERTURA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS. YO CERTIFICO QUE LA INFORMACION QUE HE REPORTADO CON RESPECTO A LA COBERTURA DE MI SEGURO ES CORRECTA. AUTORIZO ADEMAS EL REPORTE DE CUALQUIER INFORMACION NECESARIA, INCLUYENDO LA INFORMACION MEDICA PARA ESTA O CUALQUIER OTRA RECLAMACION CORRESPONDIENTE A MI COMPAÑIA DE SEGURO, (O, EN CASO DE LOS BENEFICIOS DE MEDICARE PARTE B A LA ADMINISTRACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA ADMINISTRACION DE FINANCIAMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD). UNA COPIA DE LA AUTORIZACION PUEDE SER UTILIZADA EN LUGAR DE LA ORIGINAL.

ESTA AUTORIZACION PUEDE SER REVOCADA POR ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO POR MI O POR LA COMPAÑIA DE SEGUROS.

ASSIGNACION DE BENEFICIOS

YO **ESTOY DE ACUERDO NO ESTOY DE ACUERDO** A AUTORIZAR EL PAGO DE TODOS LO BENEFICIOS DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS QUE ESTEN A MI NOMBRE DE ACUERDO A LOS TERMINOS DE LA POLIZA DE SEGUROS A SER PAGADOS DIRECTAMENTE AL CENTRO PARA RADIOLOGIA DE LA MUJER POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. AUTORIZO ADEMAS EL REPORTE DE CUALQUIER INFORMACION NECESARIA PARA PROCESAR LA RECLAMACION DE SEGURO. UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACION PUEDE SER UTILIZADA EN LUGAR DE LA ORIGINAL.

ENTIENDO Y ACEPTO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSIBLE POR LOS GASTOS NO PAGADOS POR MI COMPAÑIA DE SEGUROS.

REPORTE DE REGISTROS

YO **ESTOY DE ACUERDO NO ESTOY DE ACUERDO** A PERMITIR AL CENTRO PARA RADIOLOGIA DE LA MUJER DIVULGAR MIS FILMES, REPORTES, ETC., A MI MEDICO DE REFERNCIA, ESPOSO(A), OTROS MEDICOS, OTROS GRUPOS DE RADIOLOGIA, COMPAÑIAS DE SEGUROS, ABOGADOS, ETC. ESTA AUTORIZACION PARA DIVULGAR RAYOS X, REPORTES, ETC., TENDRA EFECTO HASTA QUE SEA REVOCADA **POR ESCRITO** POR MI.

◦ HE RECIBIDO LA DECLARACION DE DERECHOS DEL PACIENTE Y EL AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD.

Firma del Paciente

Fecha

Nos gustaría agradecerle por mantener su cita de hoy y por darnos la oportunidad de brindarle una atención de salud profesional.

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Historial de sus Senos

Favor contestar todas las preguntas a continuación.

Información del Modelo de Gail:

¿Su edad?

Edad a la que empezó su menstruación:

Edad en que tu vo su primer parto:

Origen Étnico:

Ascendencia Askenazi?

¿Antecedentes Familiares de Cáncer de Senos?

Lista de parentesco y edad del diagnostico:

Biopsias de Senos: (Numero Total)

¿Aspiración de Quistes? **Derecho** **Izquierdo #**

¿Biopsia con Aguja Gruesa? **Derecho** **Izquierdo #**

¿Biopsia por Escisión? **Derecho** **Izquierdo #**

¿Diagnostico de Hiperplasia Atípica? **SI** **NO**

¿Diagnostico de Hiperplasia Lobular?
En caso afirmativo, edad

1. Cáncer de Ovario:

¿Ha tenido cáncer de ovario? **SI** **NO**

¿Historial familiar de cáncer de ovario?

En caso afirmativo, ¿quién?

2. Linfoma de Hodgkin:

¿Ha tenido tratamiento de radiación en su pecho entre los 10-30 años de edad? **SI** **NO**

3. Otra Historia Personal de Cáncer?

¿Cuello del Útero? **SI** **NO**

¿Uterino? **SI** **NO**

¿Tiroides? **SI** **NO**

¿Otros?

4. Prueba de BRCA:

¿Ha sido examinado? **SI** **NO**

En caso afirmativo, ¿es positivo? **SI** **NO**

¿Familiares BRCA positivo?

5. Hormonas:

¿Está tomando hormonas, estrógeno o progesterona? **SI** **NO**

6. Tamoxifen o Arimedex:

¿Actualmente o alguna vez tomado? **SI** **NO**

7. ¿Mamografías Anteriores?

¿Cuándo/donde? ¿Las trajo?

8. ¿Está Embarazada? SI NO

9. Sobrevivientes de Cáncer de Senos:

¿Tumorectomía? ¿Mastectomía? **Izquierda Derecha**

¿Radiación o Quimioterapia? **SI** **NO**

10. Otras Cirugías de Senos:

¿Reducción? **SI** **NO** ¿Cuándo?

¿Implantes? **Silicona** **Salina**

¿Ha tenido extracción de implantes?

En caso afirmativo, ¿Cuándo?

Indicar los problemas actuales:

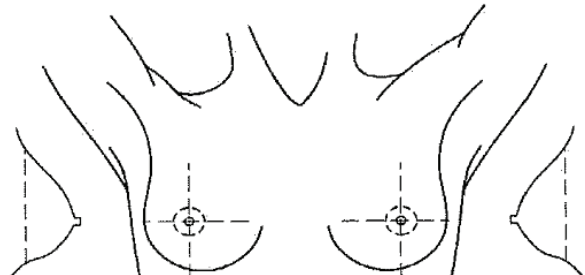
¿Bulto en el pecho? **Derecho** **Izquierdo**

¿Secreción del pezón? **Derecho** **Izquierdo**

¿Dolor? **Derecho** **Izquierdo**

¿Otras preocupaciones?

Indicar la ubicación(es) de los problemas actuales:



Notas Técnicas (Para uso de la oficina):

MODELO DE GAIL _____%

Doy Fe de que mis respuestas a las preguntas en este formulario son correctas a lo mejor de mi conocimiento. He leído y entendido el contenido completo de este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Firma (Padre, Madre o Tutor)

Fecha de la Firma:

Centro para Radiología de la Mujer



1621 N. MILLS AVENUE (17-92)
ORLANDO, FL 32803

1718 S. ORANGE AVENUE
ORLANDO, FL 32806

(407) 841-0822
(800) 367-1870
(407) 841-0411 fax
wcrorlando.com

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACION DE LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA CON RESPECTO A LOS EXPEDIENTES MEDICOS

Los filmes incluidos son propiedad del Centro para Radiología de la Mujer, P.A. según lo especificado por la Ley Estatal de la Florida, 455.667, y se deben mantener por un mínimo de siete años.

Al firmar esta autorización, yo autorizo al Centro para Radiología de la Mujer a usar y/o divulgar cierta información de salud protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo tratamiento, pago y operaciones de cuidados médicos (TPO).

Esta autorización permite al Centro para Radiología de la Mujer usar o revelar la siguiente información de salud individualmente identificable (específicamente describe la información que se divulgará, como la fecha(s) o servicio, el nivel de detalle que se revelará, el origen de la información, etc.)

Con mi consentimiento, el Centro para Radiología de la Mujer puede llamar a mi casa u otro lugar designado y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a los elementos que ayuden a la práctica de llevar a cabo operaciones de atención médica, tales como recordatorios de citas, artículos de seguros y cualquier llamada pertinente a mi atención clínica, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros. El Centro para Radiología de la Mujer también puede enviar a mi casa o lugar designado cualquier artículo que ayude a la práctica de llevar a cabo TPO (operaciones de cuidados médicos), tales como tarjetas de recordatorio y estados de cuenta del paciente.

El Centro para Radiología de la Mujer se reserva el derecho de revisar en cualquier momento su Aviso de las Prácticas de Privacidad. Un aviso de revisado de Prácticas de Privacidad se puede obtener mediante el envío de una solicitud por escrito al Centro para Radiología de la Mujer, 1621 N. Mills Ave, Orlando, FL 32803.

Cuando mi información sea utilizada o divulgada en conformidad con esta autorización, podrá ser sometido a una nueva divulgación por el recipiente y podría no ser protegida por la Ley federal de Privacidad de HIPAA. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito excepto en la medida en que el Centro para Radiología de la Mujer ha actuado basándose en su autorización. Mi revocación por escrito debe ser presentada al Centro para Radiología de la Mujer a 1621 N. Mills Ave., Orlando, Florida 32803 o puede enviar su solicitud por fax al 407-841-0411

DOCTOR O FACULTAD QUE ORDENA

FIRMA

FECHA

NOMBRE

ACR Centro De Los Senos Acreditado Por Excelencia

Centro para Radiología de la Mujer



1621 N. MILLS AVENUE (17-92)
ORLANDO, FL 32803

1718 S. ORANGE AVENUE
ORLANDO, FL 32806

(407) 841-0822
(800) 367-1870
(407) 841-0411 fax
wcrorlando.com

INFORMACION DEL PACIENTE PARA LA IMAGENOLOGIA DE LOS SENOS

Al solicitar una evaluación de mis senos con una mamografía, ecografía, otras imágenes de senos, o procedimiento de biopsia, acepto lo siguiente:

LIMITACIONES DE LA MAMOGRAFIA

Entiendo y acepto que ninguna prueba, incluida la mamografía, es 100% efectiva para detectar el cáncer de mama. No se hace garantía de que el cáncer no esté presente cuando las pruebas son normales. Tejido mamario denso, cicatrices por una lesión o cirugía, infecciones, inflamación, implantes de senos, masas de senos no cancerosas, y otras condiciones pueden limitar que se encuentre cáncer de senos a través de una mamografía.

MAMOGRAFIAS PREVIAS Y REPORTES DE OTROS LUGARES

Si mis mamografías anteriores no se llevaron a cabo en el Centro para Radiología de la Mujer, acepto la responsabilidad de localizar y traer los filmes de mi mamograma e informes anteriores a mi cita para la mamografía. Si no tengo los filmes anteriores hoy, me comprometo a traerlos lo más pronto posible para que puedan ser comparados con la mamografía actual. Yo entiendo que una demora en traer mis filmes para la comparación puede resultar en un retraso del diagnóstico.

EXAMEN FISICO DE LOS SENOS

Algunos tipos de cáncer solo pueden ser encontrados durante un examen físico o un autoexamen. Una mamografía no reemplaza un examen físico por el médico. Si no he tenido un examen físico del seno en el último mes, le pediré a mi médico que realice uno. Debo estar realizando el autoexamen de mamas mensualmente. El examen físico no será realizado por el radiólogo o tecnólogo.

HOJA DE HISTORIAL DE MAMOGRAFIA

Si tengo un problema actual, tales como un bulto, secreción (perdida de líquido), hoyuelos en la piel, cambios en el pezón o dolor de pecho focal, o si algo más anda mal con mis pechos, voy a describir lo que siento y/o veo en mi Hoja de Historial de Senos. Voy a firmar y poner la fecha en la Hoja de Historial de Senos para documentar mi revisión y aceptación de los contenidos.

MAMOGRAFIAS DE DETECCION

Las mamografías de detección son solo para los pacientes que actualmente no tienen ningún problema en los senos. Si estoy programado para una mamografía de detección y tengo un problema, como que creo que me siento un bulto, o mi médico sintió un bulto, voy a avisarle al técnico antes de que ella tome la mamografía.

COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS

El Centro para Radiología de la Mujer le enviara por correo el informe a su médico cuyo nombre se inscribe en mi historial médico durante el registro. Me pondré en contacto que el médico para obtener una explicación de los resultados y para organizar cualquier prueba adicional necesaria. No voy a asumir que los resultados son normales si mi médico no se comunica conmigo.

SI MI INFORME DE MAMOGRAFIA ES NORMAL Y TODAVIA ME PREOCUPA

Acepto la responsabilidad de preguntarle a mi médico por un referido quirúrgico si la mamografía es normal y todavía me preocupa. Si mi médico me dijo que mi examen físico es anormal y la mamografía es normal, le preguntare a mi médico si una biopsia y/o otras pruebas son necesarias.

He leído y entendido la información anterior. Se me ha dado la oportunidad de haber leído este formulario en un idioma que yo entiendo. Entiendo que hay limitaciones en imágenes de mamografía y de senos. Las preguntas relacionadas a mis responsabilidades han sido contestadas a mi satisfacción. Me han ofrecido una copia de este formulario para referencia futura.

Firma del Paciente/Padres/Representante Legal

Fecha