

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
 Dirección: _____ Apto. _____ Fecha de Nac: _____ Sexo: Ma Fem
 Ciudad: _____ Estado: _____ Postal: _____ Email: _____
 Teléfono: (_____) SS#: _____ Doctor/Clinica: _____

FORMA DE PAGO: (Circule uno) **EWC Seguro Medi-Cal Medicare Efectivo Médico / Clínica**

¿Ha tenido un examen con nosotros antes? Sí No

Esta es su primera mamografía? Sí No Si no, dónde y cuándo fue su último examen? _____

<p>QUEJAS</p> <p>Izq. Der.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de senos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Puede sentirse una bolita</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Secreción del pezón</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problema de implante mamario</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anormalidad del pezón</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cambios en la piel del seno</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro _____</p>	<p>HISTORIA DE CÁNCER DE SENO</p> <p>Relativa: a la edad:</p> <p>madre _____</p> <p>hermana _____</p> <p>abuela materna _____</p> <p>abuela paterna _____</p> <p>tía materna _____</p> <p>tía paterna _____</p>	<p>FACTORES DE RIESGO PERSONALES</p> <p>Marque todas las que apliquen: a la edad:</p> <p><input type="checkbox"/> cáncer de seno genético _____</p> <p><input type="checkbox"/> Historia de cáncer de seno _____</p> <p><input type="checkbox"/> Historia de cáncer endometrial _____</p> <p><input type="checkbox"/> Historia de cáncer de ovario _____</p> <p><input type="checkbox"/> Historia de lesión de alto riesgo _____</p> <p><input type="checkbox"/> Historia de cáncer de colon _____</p>	<p>HISTORIA PREVIA</p> <p>Izq. Der. Fecha? (MM / AA)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Biopsia de seno _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aspiración de quiste _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reducción quirúrgica del seno _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Los implantes de seno _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> La lumpectomía _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mastectomía _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer de seno _____</p>
---	--	---	---

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Por favor, marque todas las que apliquen:

¿Está embarazada?

¿Ha estado embarazada antes? En caso afirmativo, número de nacimientos vivos: _____

¿A que edad fue su primer embarazo? _____

¿Ha tenido la menopausia? En caso afirmativo, ¿qué edad? _____

¿Ha tenido una histerectomía. En caso afirmativo, ¿qué edad? _____

CESIÓN Y ASIGNACIÓN:

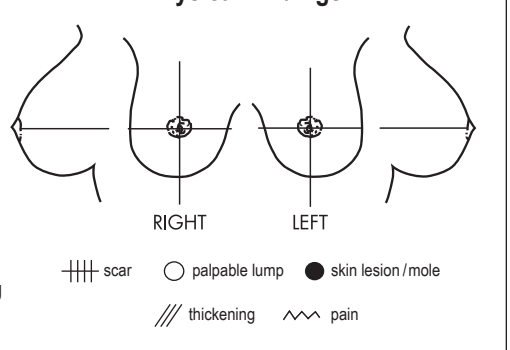
Por la presente asigno mis beneficios del seguro a ser pagados directamente al Alinea Medical Imaging. Acepto la responsabilidad de los servicios no cubiertos. También autorizo Alinea Medical Imaging para liberar información a mi compañía de seguros para procesar este reclamo.

LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS:

Por la presente autorizo Alinea Medical Imaging para liberar mis películas e informes a cualquier centro médico o el médico que solicita proporcionar mi atención médica para el tratamiento continuo de cuidado de mi salud. Esta autorización se mantendrá vigente durante 1 año a partir de la fecha de mi firma.

X: _____ **Fecha:** _____

OFFICIAL USE

<p>EWC#: _____</p> <p>Valid Dates: _____ to: _____</p> <p>MRN: _____ Date: _____</p> <p>Acc#: _____</p> <p>Tech: _____ TA: _____</p> <p>Procedure Code:</p> <p><input type="checkbox"/> G0202 Screening Mammogram (Bilat)</p> <p><input type="checkbox"/> G0204 Diagnostic Mammogram (Bilat)</p> <p><input type="checkbox"/> G0206 Diagnostic Mammogram (Unilat) L R</p> <p><input type="checkbox"/> 76641 Breast Ultrasound (Comp) L R BILAT</p>	<p>REASON FOR BREAST IMAGING</p> <p><input type="checkbox"/> Screening, asymptomatic</p> <p><input type="checkbox"/> Baseline</p> <p><input type="checkbox"/> Hx breast augmentation, asymptomatic</p> <p><input type="checkbox"/> Hx of breast cancer, mastectomy</p> <p><input type="checkbox"/> Addl eval requested from prior study</p> <p><input type="checkbox"/> Follow-up at short interval from prior study</p> <p><input type="checkbox"/> Hx of benign breast bx</p> <p><input type="checkbox"/> Clinical finding</p> <p><input type="checkbox"/> Addl eval requested from abnormal screening</p> <p><input type="checkbox"/> Known biopsy proven malignancy</p>	<p>Physical Findings</p>  <p>RIGHT LEFT</p> <p>+++ scar ○ palpable lump ● skin lesion / mole</p> <p>/// thickening ~ pain</p>
---	--	---

Staff Comments: (does not appear on report)

Name / Nombre _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento _____

You are here for a mammogram without a Doctor's Order. Alinea Medical Imaging agrees to perform the mammogram. We will send you the clinical exam report for future reference and a lay letter (the report in easy to understand terms). We usually mail out reports with-in 5 working days of the exam. If you have positive results and need further imaging or care, we will provide you with a current list of MD's, clinics, and organizations that may be able to help you get the recommended follow-up care with little or no cost to you.

Usted esta aqui para una mamografia sin una orden de un doctor. Alinea Medical Imaging se compromete a realizar la mamografia. Nosotros le mandaremos el informe clinico para su referencia en un futuro y una carta con un reporte facil de entender. Usualmente mandamos los reportes 5 dias de la fecha del examen. Si tiene resultados positivos y necesita mas imagenes o cuidado, le daremos una lista de doctores, clinicas, y organizaciones que podran ayudarla a obtener el cuidado recomendado con poco o ningun costo para usted.

Alinea Medical Imaging will be under no circumstance legally bound to ensure that you are seen / or that you are given follow-up care. You, as the patient will assume all responsibility for any / all follow-up care or treatment should any be necessary.

Alinea Medical Imaging no sera en ningun caso legalmente obligado en asegurarse que usted sea vista o que se le de seguimiento. Usted como paciente asume toda responsabilidad de cualquier seguimiento o cuidado si es necesario.

SIGNING BELOW INDICATES THAT I HAVE READ AND UNDERSTOOD THE INFORMATION ABOVE AND AGREE TO PROCEED WITH THE MAMMOGRAM EXAMINATION.

MI FIRMA, QUE APARECE A CONTINUACION, INDICA QUE HE LEIDO ENTENDIDO LA INFORMACION ANTERIOR Y QUE DOY MI CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER CON LA MAMOGRAFIA.

X: _____
PATIENT SIGNATURE / FIRMA DEL PACIENTE

Date / Fecha _____

ALINEA REPRESENTATIVE

Date: _____

Do you currently have a doctor that you would like your results sent to? **YES/SÍ** **NO**
¿Tiene actualmente un médico que le gustaría que sus resultados sean enviados a?

If yes, please provide the doctor's information below / En caso afirmativo, proporcione información del médico a continuación:

Doctor's name / Nombre del doctor _____

Address / Dirección _____

Telephone _____

Fax _____

Since you have implants we need to advise you of the following:

- The implant obscures some of the tissue so two sets of images will be taken when possible to visualize as much tissue as possible. One set of images will have the implant in the picture and another will be taken with the implant moved out of the picture.
- Implant ruptures are rare but have occurred. Like a balloon, an implant that is old or weakened can rupture at any time. This is an extremely rare occurrence but cannot be ruled out, as the condition of the implant cannot always be verified by feel prior to the mammogram.

In the first set of pictures, slight compression will be applied to your entire implant to hold it in place and prevent motion. These films are often helpful in visualizing a rupture that occurred previously. If a rupture is seen on the images the radiologist will note this in the report to your physician. Your doctor may then order an MRI as this is a more sensitive tool to look for or to view the extent of a rupture.

A second set of pictures will be taken if your implant is movable by pushing your implant back to look at the tissue in front of the implant. Normal compression must be applied and similar to a mammogram of a breast without an implant this compression may cause some slight discomfort but lasts only a few seconds. It is sometimes unavoidable to catch a tiny bit of the implant under the compression and if there is a weakness in the capsule this might cause it to leak. The same could happen if you hit that spot with any object.

Since occurrence of a rupture during mammography is rare and the benefit of mammography in early detection has been proven, we hope that you will proceed to allow us to perform your implant mammogram. Mammography is the earliest form of detection for changes in the breast but mammography is not perfect and does not detect all changes.

Puesto que usted tiene implantes tenemos que informarle de lo siguiente:

- El implante oscurece parte del tejido por lo que se tomarán dos conjuntos de imágenes siempre que sea posible para visualizar la mayor cantidad de tejido posible. Un conjunto de imágenes tendrá el implante en la imagen y otra se toma con el implante fuera de la foto.
- Roturas de implantes son raros, pero han ocurrido. Como un globo, un implante que es de edad o debilitado puede romperse en cualquier momento. Este es un acontecimiento extremadamente raro, pero no se puede descartar, como la condición de que el implante no puede siempre ser verificada por el tacto antes de la mamografía.

En el primer conjunto de imágenes, ligera compresión se aplicará a la totalidad de su implante para mantenerlo en su lugar y evitar el movimiento. Estas imágenes suelen ser útiles en la visualización de una ruptura que se produjo con anterioridad. Si la ruptura se ve en las imágenes el radiólogo tomará nota de ello en el informe a su médico. Luego, su médico puede ordenar una resonancia magnética, ya que es una herramienta más sensible para buscar o para ver el alcance de una ruptura.

Se tomará una segunda serie de imágenes si el implante se puede mover empujando su implante hacia atrás para mirar el tejido delante del implante. Compresión normal debe ser aplicada y similar a una mamografía de un seno sin un implante esta compresión puede causar una ligera molestia, pero dura sólo unos pocos segundos. A veces es inevitable para coger un poco de el implante bajo la compresión y si hay una debilidad en la cápsula que esto podría provocar que se generen fugas. Lo mismo podría suceder si usted golpea ese lugar con cualquier objeto.

La aparición de una ruptura durante la mamografía es poco común y el beneficio de la mamografía en la detección temprana se ha demostrado, esperamos que procederá a permitirnos realizar la mamografía implante. La mamografía es la forma más reciente de la detección de cambios en la mama, pero la mamografía no es perfecta y no detecta todos los cambios.

X: _____
PATIENT SIGNATURE / FIRMA DEL PACIENTE

Date / Fecha _____

ALINEA REPRESENTATIVE

Date: _____