

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 LOS 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 REFERENCIA, 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?

¿Cuando/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:

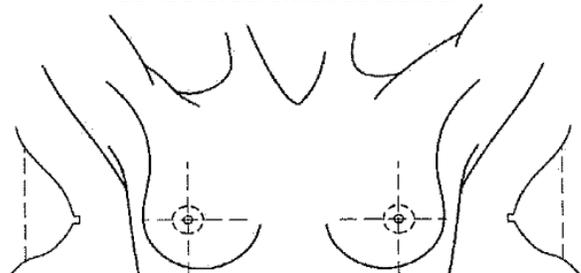
¿Bulto en el pecho? **Derecho** **Izquierdo**

¿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: