



FORMULARIO DE HISTORIAL DEL PACIENTE

Nombre: _____ Date: _____ Fecha de nacimiento: _____
Altura: _____ Peso: _____

Médico de referencia: _____
Si desea que su informe de imágenes de mama se envíe a cualquier otro médico, enumérelos aquí: _____

¿Es esta tu primera mamografía? **SÍ NO**
Si no, ¿cuándo y dónde se realizó su última mamografía? _____

¿Tiene implantes mamarios? **SÍ NO**

Motivo del examen de hoy (seleccione uno):

- _____ Exámenes de detección, sin problemas mamarios actuales conocidos
- _____ Problema actual de los senos (indique todas las opciones que se aplican):

- _____ Bulto o engrosamiento
- _____ Secreción sanguinolenta del pezón
- _____ Secreción no sanguinolenta
- _____ Problema de implante mamario
- _____ Anormalidad del pezón
- _____ Seguimiento de una mamografía anormal previa

Historia personal

¿Le han hecho una biopsia de mama por algo que no era cáncer (benigno)? **SÍ NO**

¿Alguna vez has tenido cáncer de mama? **SÍ NO** Si es así, ¿Tipo? _____ ¿Lado? _____
Edad en el momento del diagnóstico? _____

¿Alguna vez ha tenido otro cáncer? **SÍ NO** Si es así, ¿Tipo? _____

Historia familiar

Haga una lista de los miembros de la familia, por relación, que han tenido cáncer de mama y a qué edad fueron diagnosticados:

FAMILIA PRIMARIA (Madre, Padre, Hermana, Hija, etc.)	EL LADO DE TU MADRE (Abuelo, tía, primo)	EL LADO DE TU PADRE (Abuelo, tía, primo)
_____ Age _____	_____ Age _____	_____ Age _____
_____ Age _____	_____ Age _____	_____ Age _____
_____ Age _____	_____ Age _____	_____ Age _____

Haga una lista de los miembros de la familia, por relación, que han tenido cáncer **de ovario** y a qué edad fueron diagnosticados:

FAMILIA PRIMARIA (Madre, Hermana, Hija)	EL LADO DE TU MADRE (Abuela, tía, prima)	EL LADO DE TU PADRE (Abuela, tía, prima)
_____ Age _____	_____ Age _____	_____ Age _____
_____ Age _____	_____ Age _____	_____ Age _____
_____ Age _____	_____ Age _____	_____ Age _____

¿Usted o alguien de su familia se ha hecho un análisis de sangre para detectar un gen de cáncer de mama? **SÍ NO** En caso afirma, ¿cómo se relacionan con usted y cuáles fueron los resultados? _____

Historial Médico

Edad en el primer período: _____	Edad en la menopausia: _____
Fecha del último período: _____	¿Tiene alguna herencia judía asquenazí? SÍ NO
# de Embarazos: _____	¿Estás embarazada? SÍ NO
# de partos: _____	¿Histerectomía? _____
Edad al primer embarazo: _____	¿Extirpación de ovarios? _____

Total de familiares

Hermanas _____
Hijas _____
Medias Hermanas Maternas _____
Medias hermanas paternas _____
Tías maternas _____
Tías paternas _____

Uso de anticonceptivos en el ÚLTIMO AÑO:

Oral **SÍ NO**
DIU **SÍ NO**

Terapia de reemplazo hormonal

¿Tipo? _____
¿Cuánto tiempo? _____ ¿Utilizando actualmente? _____

¿Te has sometido a algún procedimiento mamario? En caso afirmativo, indique la fecha y el lado de cualquiera de los siguientes: **mastectomía, tumorectomía, biopsia por escisión, biopsia, radioterapia, implantes mamarios, reducción o levantamiento de senos**

Resultado de la fecha lateral del procedimiento si la biopsia (benigna o maligna)



Información para el paciente

Apellido: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Gender: Femenino Hombre

Email: _____

Teléfono: _____ ¿Está bien dejar un mensaje? Yes No

Información de seguros

Seguro Primario: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Seguro Secundario: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Firma de la fecha del representante legal del paciente / paciente

Fecha

Nombre impreso del paciente/representante legal del paciente

Patient Information Form



POLÍTICA FINANCIERA Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

A continuación se muestra una declaración de nuestra política financiera. Por favor, revise y firme donde se indique. Gracias por elegir Breast Center of Naples para su atención.

SEGURO Y POLÍTICA DE PAGO

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Es importante que se comunique con su compañía de seguros antes de su visita para asegurarse de que somos un proveedor participante. Su compañía de seguros también podrá informarle si se requiere una referencia o si se necesita una precertificación antes de que se presten los servicios. Es su responsabilidad determinar si los servicios estarán cubiertos y si su deducible se ha cumplido.

Le facturaremos a la mayoría de las compañías de seguros por usted si se nos ha proporcionado la información adecuada. Si la compañía de seguros no ha realizado el pago dentro de los 60 días, el saldo impago se convertirá en su responsabilidad. Todos los saldos pendientes de pacientes durante 120 días a partir de la fecha original del servicio sin arreglos de pago pueden entregarse a una agencia de cobro. Si Medicare es su seguro principal, presentaremos todos los reclamos y aceptaremos asignaciones para servicios relacionados.

Los copagos y/o deducibles vencen en el momento del servicio. Aceptamos pagos en efectivo, cheques y las principales tarjetas de crédito. Habrá una tarifa de \$25 por todos los cheques devueltos. Los pacientes que pagan por sí mismos deben pagar en el momento del servicio.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la facturación, llámenos al 239-238-1210.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo a Breast Center of Naples a proporcionar mi información médica protegida a mi compañía de seguros con respecto a mi enfermedad y tratamiento para fines de pago. Por la presente, asigno todos los beneficios pagaderos directamente a Breast Center of Naples por los servicios prestados. Entiendo que en caso de que mi seguro niegue este reclamo, seré financieramente responsable de todos los cargos.

Nombre del paciente _____

Firma del Paciente/Tutor _____



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A CIERTAS PERSONAS

Autorizo a Breast Center of Naples a proporcionar mi información médica protegida a las siguientes personas, todas las cuales están involucradas en mi atención para cualquier propósito relacionado con mi tratamiento o el pago de mi atención. Este acuerdo está en vigor hasta que el Paciente/Representante Personal lo revoque por escrito.

Nombre _____ Phone # _____

Nombre _____ Phone # _____

Firma del Paciente/Tutor _____ Fecha _____

ACUSE DE RECIBO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Breast Center of Naples, que explica sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que puedo negarme a firmar este reconocimiento.

Firma del Paciente/Tutor _____ Fecha _____

AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION TO CERTAIN PERSONS



Reconocimiento del paciente Política de cancelación de citas

Breast Center of Naples ha instituido una **Política de Cancelación de Citas**. Una cancelación o no náúmenes realizados sin previo aviso limita significativamente nuestra capacidad de hacer que la cita esté disponible para otro paciente. Entendemos que hay momentos en que debe faltar a una cita debido a emergencias u obligaciones por trabajo o familia.

- Póngase en contacto con nuestra oficina en caso de que necesite cancelar o reprogramar su cita. Puede llamar a nuestra oficina al (239) 238-1210 durante el horario comercial normal o dejar un mensaje después del horario de atención con nuestro servicio de respuesta.
- A una "NO SHOW", "NO CALL" o cita perdida se le cobrará una tarifa de \$50.00.
- Esta tarifa no es facturable a su seguro.
- Como cortesía, hacemos llamadas telefónicas de recordatorio, para citas, con uno o dos días de anticipación. También enviamos recordatorios de texto, si ha optado por este servicio.

Si tiene alguna pregunta con respecto a esta política, informe a nuestro personal y estaremos encantados de responder cualquier pregunta que tenga. Le proporcionaremos una copia de esta política, si así lo solicita. Por favor, firme y haga una cita a continuación con su reconocimiento.

He leído y entiendo la Política de Cancelación de Citas y reconozco los términos. También entiendo y estoy de acuerdo en que tales términos pueden ser enmendados de vez en cuando por Breast Center of Naples.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA



Autorización para la divulgación de información de salud

Al firmar a continuación, autorizo la LIBERACIÓN de todos mis registros de imágenes mamarias actuales y futuras al Breast Center of Naples. Si necesito que mis registros de imágenes se envíen a otra instalación para fines de tratamiento, le doy a Breast Center of Naples mi permiso para publicar mis registros.

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

Instalación: _____

Dates de imágenes: _____

Estamos solicitando **TODOS LOS ESTUDIOS DE MAMOGRAFÍA PREVIOS / IMÁGENES RELACIONADAS CON LOS SENOS E INFORMES** sobre el paciente anterior para ser utilizados para la comparación. Por favor, envíe un CD en formato DICOM e informes a:

**Centro de Mama de Nápoles
3555 Kraft Road, Suite 350
Nápoles FL 34105**

- * Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que Breast Center of Naples ya haya actuado en base a esta Autorización.
- * Entiendo que Breast Center of Naples puede no condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios sobre si firmo esta Autorización.
- * Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está sujeta a las leyes de privacidad aplicables.
- * Esta Autorización tendrá vigencia por tres años o hasta que la revoque por escrito.

Firma del paciente / Fecha del representante autorizado

Nombre impreso