

# Aceptación y Consentimiento



- Iniciales*
1. Entiendo que tengo el derecho de escoger a mi prestador de servicios médicos y he optado por Austin Breast Imaging.
- Iniciales*
2. Entiendo que he recibido una copia de la Ley de Responsabilidades y Movilidad del Seguro de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés) de esta instalación acerca de cómo el consultorio administra el uso y la divulgación de Información Médica Protegida.
- Iniciales*
3. Entiendo que las preguntas relativas al historial de familia y factores de riesgo pueden ser obtenidas y usadas para el cálculo de mi riesgo personal de cáncer de mama.
- Iniciales*
4. Austin Breast Imaging está autorizado por el Departamento de Salud de Texas. Las quejas contra esta instalación pueden ser dirigidas por vía telefónica al 888.973.0022 o por escrito a: Texas Department of Health, Health Facility Licensure and Certification, 1100 West 49th Street, Austin, Texas 78756.
- Iniciales*
5. Si tiene usted alguna queja acerca de la calidad del servicio que prestamos mediante nuestra instalación, le interesa a la Comisión Conjunta (Joint Commission). Presente su queja por correo o fax. Haga un resumen de los hechos en una o dos páginas e incluya el nombre y dirección de la organización de servicios médicos. Dirección postal: Office of Quality Monitoring, The Joint Commission, One Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, IL 60181 Fax: 630.792.5636. Si tiene preguntas acerca de cómo presentar su queja, podrá usted contactar a la Comisión Conjunta al 800.994.6610 entre las 8:30 am y las 5:00 pm Tiempo del Centro (CST), de lunes a viernes.

Para presentar una queja con Centers for Medicare y Medicaid Services (CMS), 7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244-1850. Teléfono: 800.663.4227.

Nombre del paciente (letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

# Autorización para Divulgar Información sobre Servicios Médicos



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ PID: \_\_\_\_\_

Nombre anterior \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

Solicito y autorizo a \_\_\_\_\_ a divulgar información protegida sobre servicios médicos al paciente que arriba se nombra:

**Austin Breast Imaging**  
**12319 N. MoPac Expressway**  
**Building C, Suite 320**  
**Austin, Texas 78758**  
**Phone: 512.776.1000**  
**Fax: 512.339.6360**

Esta solicitud y autorización aplica a lo siguiente: (marque todo lo que aplique)

- Imágenes y reportes mamográficos      Fechas de servicios \_\_\_\_\_
- Ultrasonido e Imágenes y reportes
- Reportes de patología
- Reportes de densidad ósea
- Imágenes y reportes de resonancia magnética
- Otros: \_\_\_\_\_

La información protegida de salud se está usando o divulgando con el siguiente propósito:

- A solicitud del paciente para comparación
- Otro: \_\_\_\_\_

Esta autorización tendrá efecto:

- Permanente
- O hasta la fecha: \_\_\_\_\_

Entiendo que, según lo explica el aviso del proveedor de servicios médicos, tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a la dirección arriba indicada o a su número de fax.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_

Nota al paciente: Para mamogramas exploratorios, si los mamogramas de comparación no se reciben en 7 días hábiles entonces su mamograma será leído en ese momento sin comparación. \_\_\_\_\_ (iniciales)

# Historial del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombres anteriores: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ (trabajo): \_\_\_\_\_ (celular): \_\_\_\_\_

Doctor que remitió \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Imágenes anteriores del seno?  Mamo.  Ultrason.  MRI Ubicación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Razón para examen de hoy: \_\_\_\_\_ Fecha último examen de seno por médico: \_\_\_\_\_

## ¿Tiene algunos de estos síntomas? En el caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo?

Protuberancia/Masa  Der.  Izq. \_\_\_\_\_

Inversión de pezón  Der.  Izq. \_\_\_\_\_

Dolor/Molestia  Der.  Izq. \_\_\_\_\_

Secreción pezón  Der.  Izq. Color: \_\_\_\_\_

## Cirugía de seno anterior:

Biopsia de seno  Der.  Izq. Fecha: \_\_\_\_\_

Tumorectomía  Der.  Izq. Fecha: \_\_\_\_\_

Mastectomía  Der.  Izq. Fecha: \_\_\_\_\_

Reconstrucción  Der.  Izq. Fecha: \_\_\_\_\_

Reducción  Der.  Izq. Fecha: \_\_\_\_\_

Implantes de senos  Sí  No En el caso afirmativo:  Salino  Silicón Fecha: \_\_\_\_\_

Remoción de implantes  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_

## Historial Personal de Cáncer de seno: Sí No

En el caso afirmativo, la fecha: \_\_\_\_\_

¿Radiación?  Sí  No

¿Quimioterapia?  Sí  No

¿Hormonoterapia o Tamoxifeno?  Sí  No

Razón: \_\_\_\_\_

¿Histerectomía?  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_

¿Remoción de ovarios?  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_

¿Toma hormonas?  Sí  No ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Estrógeno  Progesterona  Otra: \_\_\_\_\_

Último periodo menstrual: \_\_\_\_\_ Edad 1er periodo: \_\_\_\_\_ 1er embarazo completo: \_\_\_\_\_ Menopausia \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ ¿Cambio de peso desde último mamograma?  Pérdida  Ganancia # libras \_\_\_\_\_

¿Historial familiar de cáncer de seno? En el caso afirmativo, indique edad del diagnóstico.  Materna  Paterna

Abuela \_\_\_\_\_  Madre \_\_\_\_\_  Hija \_\_\_\_\_  Hermana \_\_\_\_\_  Tía \_\_\_\_\_  Prima \_\_\_\_\_

¿Historial familiar de cáncer de ovarios? En el caso afirmativo, indique edad del diagnóstico.  Materna  Paterna

Abuela \_\_\_\_\_  Madre \_\_\_\_\_  Hija \_\_\_\_\_  Hermana \_\_\_\_\_  Tía \_\_\_\_\_  Prima \_\_\_\_\_

¿Ha tenido estudios de BRCA1o BRCA2?  Sí  No ¿Resultados? Usted misma \_\_\_\_\_

Abuela \_\_\_\_\_  Madre \_\_\_\_\_  Hija \_\_\_\_\_  Hermana \_\_\_\_\_  Tía \_\_\_\_\_  Prima \_\_\_\_\_

¿Tiene historial familiar de cáncer de seno masculino?  Sí  No ¿Antepasados judíos asquenazís?  Sí  No

¿Ha recibido radiación en el pecho entre los 10 a 30 años de edad para enfermedad de Hodgkin?  Sí  No

¿Ha tenido evaluación de riesgo de cáncer de mama anteriormente?  Sí  No

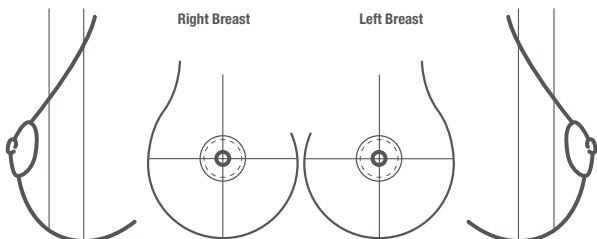
## OFFICE STAFF ONLY:

Use the following symbols to mark location of: Lump (V) Scar (#) Mole (O) Tenderness (j)

Is nipple discharge spontaneous?  N/A  Yes  No

Tech Notes: \_\_\_\_\_

Tech Signature: \_\_\_\_\_



Baseline  Screening  Diagnostic  Additional Views  Short-Term Flu  PenRad \_\_\_\_\_

# Seguro del Paciente y Consentimiento

Verifique que toda la información sea correcta y haga los cambios que se requieran.



Fecha de Examen: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Seguro social #: \_\_\_\_\_ Raza del paciente: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Doctor que remitió: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado principal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado principal: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora primaria: \_\_\_\_\_

Teléfono del asegurador: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_

1.) Entiendo que es mi responsabilidad contactar a mi doctor para solicitar mis resultados 2.) Autorizo a ABI a enviarme la información por correo e identificarse al dejar un mensaje telefónico. 3.) Entiendo que soy responsable del pago de todos los cargos resultantes de esta visita 4.) El radiólogo y el patólogo facturan separadamente de ABI. 5.) He sido informado que algunos aseguradores solamente pagan por una mamografía exploratoria cada 365 días. 6.) Estoy enterado que cualquier estudio de diagnóstico puede estar sujeto a deducible y/o no estar cubierto por mi póliza de seguro. Esto incluye mamografías exploratorias que se vuelven mamografías de diagnóstico. 7.) Si elijo tener mi seguro presentado a ABI, doy autorización irrevocable para que esto sea hecho con la firma archivada. Una copia fotostática servirá como original 8.) Autorizo a ABI a divulgar o a solicitar copias de mis registros médicos y rayos-x pertinentes al curso de mi examen. 9.) Certifico que he leído y recibido esta información antes de mi examen de imagen diagnóstico y que entiendo su contenido.

Por este medio asigno todo derecho, título y cualquier interés en cualesquier beneficios de cualquier póliza o pólizas de seguro a AB por cargos de servicios y gastos por ellos efectuados y aportados por ellos. Además estoy también de acuerdo, y pagaré por todos los cargos y gastos no cubiertos o amparados por mi seguro. Autorizo además a ABI Comprehensive Breast Center a divulgar cualquier información por ellos adquirida en el curso de mi tratamiento.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Divulgación de Mamografía y Consentimiento

Tiene usted el derecho como paciente de ser informado acerca de cualquier procedimiento de diagnóstico que involucre, aunque sea en forma mínima, cualquier riesgo o complicación. Esta divulgación no pretende asustarle o alarmarle, es simplemente un esfuerzo de mantenerle mejor informado. Un examen de rayos-x de senos (mamografía) es el método más certero de detectar el cáncer de mama. Sin embargo, debe usted entender que un mamograma no es 100% efectivo para detectar todos los cánceres de mama. Algunos cánceres pueden ser vistos en los estudios de rayos-x pero no pueden ser palpados en exámenes físicos. Otros cánceres se pueden palpar en exámenes físicos, pero no pueden ser vistos en los estudios de rayos-x. Se estima que el 10% de cánceres no pueden ser detectados por el mamograma en ciertos tipos de pechos. Un mamograma negativo o normal no excluye completamente la posibilidad de cáncer de mama. Revisiones adicionales de sus pechos pueden ser requeridas por el radiólogo. Le llamaremos si esto es necesario. No significa que su mamograma sea anormal. Si no ha tenido un examen de senos reciente hecho por un profesional de la salud antes del mamograma, debe usted contactar a su doctor para un examen de los senos. Por favor recuerde efectuar una Autoevaluación Mensual de sus Senos y notificar a su doctor de cualquier cambio, engrosamiento o protuberancias que pudiera usted encontrar. La compresión del seno es necesaria para obtener la mejor apreciación posible del interior de su seno con la menor cantidad de radiación. Este tipo de compresión, aunque brevemente incómodo, es mejor para usted a largo plazo. Nos permite tomar rayos-x más claros de sus senos con mucha menos radiación. Es importante que usted se percate de que la compresión no es peligrosa y que no daña el tejido de los senos de ninguna manera. Tampoco causa incomodidad a largo plazo. La presencia de un implante presenta una situación especial para la técnica mamográfica y su interpretación ya que una porción del tejido de senos puede ser oscurecida por el implante. Adicionalmente, los implantes están sujetos a complicaciones tales como la posibilidad de ruptura, fugas o desplazamientos durante la compresión. Aunque estas complicaciones no son comunes, usted como paciente necesita saber que pueden ocurrir.

Ponga sus iniciales en la afirmación correcta: \_\_\_\_\_ Yo no tengo implantes de senos \_\_\_\_\_ Yo tengo implantes de senos.

La radiación puede ser potencialmente dañina para un feto en desarrollo. Si existe cualquier posibilidad de que esté usted embarazada, este examen debe ser discutido con su doctor y posiblemente re-programado.

Ponga sus iniciales en la afirmación correcta: \_\_\_\_\_ Pudiera estar embarazada \_\_\_\_\_ NO estoy embarazada

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_