

Gracias por participar en nuestro programa de mamografía sin costo. Este documento explica cómo prepararse para su visita a nuestra *Care Clínic* móvil.

**Aviso: No le realizaremos una mamografía si usted está embarazada o piensa que puede estar embarazada, amamantando o ha dejado de amamantar por lo menos 6 meses.**

#### **En el día de la mamografía:**

- Planee usar una ropa de 2 piezas. De esta forma sólo tendrá que quitarse la parte superior durante la mamografía y su examen clínico de mama.
- No utilice desodorante, loción, perfume o polvo de debajo de los brazos o en el pecho. Ciertos metálicos en estos productos pueden aparecer en la mamografía como manchas.
- Tome sus medicamentos y come coma de costumbre.

#### **Cosas a tener en cuenta:**

- Si su cita para la mamografía es una semana antes o durante su período es probable que tenga inflamación y sensibilidad en los senos.
- Deberá traer los resultados de su mamografías anteriores a la cita, sobre todo si se llevaron a cabo en una clínica diferente o si los resultados de la mamografía han sido irregulares.
- Cuando llegue a nuestra *Care clinic* deberá informar a nuestro personal de su llegada y la hora de su cita.

#### **Qué Puedes Esperar**

Usted tendrá que llenar un formulario similar a lo que usted llene cuando vas a la oficina de su doctor. Después que su formulario ha sido revisado por nuestro personal le pedirán que pase a nuestra sala mamografía. Se tarda aproximadamente 10 minutos para hacer la mamografía. Después de la mamografía se le presentara a la enfermera que va a hacer el examen clínico de mama. Después la enfermera le enseñará cómo hacer su propio examen de mama y lo que debe tener en cuenta una vez al mes.

Sus resultados serán enviados a usted en 2 semanas en el sobre que usted lleno anteriormente. Si usted tiene preguntas acerca de sus resultados puede llamar a nuestro proveedor medico Multi-Diagnostics Services al 718-454-8556.

***Gracias!***

# Multi-Diagnostic Services Inc.

139-16 91st Avenue - Jamaica, NY 11435 - 718.454.8556 - Fax 718.454.7950

Favor Escribir en Letra de Molde. Complete el formulario en su totalidad. Sitio de la Prueba de Detección

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección de su Casa \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

## FAVOR MARQUE SUS RESPUESTAS CON UN CIRCULO. CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

Medicamentos Anteriores/Presentes (En caso afirmativo, ponga el nombre del medicamento y el tiempo que lo usó)

Píldoras Anticonceptivas NO SI \_\_\_\_\_

Hormonas NO SI \_\_\_\_\_

Tiroides NO SI \_\_\_\_\_

¿A qué edad empezó a menstruar? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos embarazos? \_\_\_\_\_

¿Qué edad tenía en el primer embarazo? \_\_\_\_\_ Fecha del último periodo \_\_\_\_\_

¿Bultos en la Mama? NO SI

¿Ya le comenzó la Menopausia? NO SI En caso afirmativo: NATURAL INDUCIDA. A qué edad le empezó \_\_\_\_\_

¿Le han hecho una Histerectomía? NO SI En caso afirmativo, ¿A qué edad? \_\_\_\_\_

¿Le sacaron un Ovario? NO SI (Izquierdo, Derecho) ¿Edad? \_\_\_\_\_

¿Le han hecho cirugía de la Mama? ¿Cuándo? ¿Cuál Mama? ¿Le pusieron Radiación?

Mastectomía NO SI \_\_\_\_\_ Der. Izq. Ambos NO SI

Tumorectomía NO SI \_\_\_\_\_ Der. Izq. Ambos NO SI

Biopsia de Mama NO SI \_\_\_\_\_ Der. Izq. Ambos NO SI

Drenaje de Quiste NO SI \_\_\_\_\_ Der. Izq. Ambos NO SI

Implante de Seno NO SI \_\_\_\_\_ Der. Izq. Ambos NO SI

Otro \_\_\_\_\_

¿Tiene usted EN ESTE MOMENTO cualquiera de los síntomas que siguen?

Una Condición Fibroquística NO SI

Protuberancias en las Mamas NO SI Der. Izq. Ambos

Sensibilidad en las Mamas NO SI Der. Izq. Ambos

Dolor de la Mama NO SI Der. Izq. Ambos

Retracción o Tiraje de la Piel NO SI Der. Izq. Ambos

Secreción del Pezón NO SI Der. Izq. Ambos

En caso afirmativo, de qué color \_\_\_\_\_

¿Están los síntomas arriba mencionados relacionados con su periodo? NO SI A VECES

¿HA HABIDO CANCER EN SU FAMILIA? (Marque su respuesta con un círculo)

Madre NO SI

Tías NO SI ¿Por parte de la Madre o del Padre?

Hermanas NO SI

Abuelas NO SI ¿Por parte de la Madre o del Padre?

Hijas NO SI

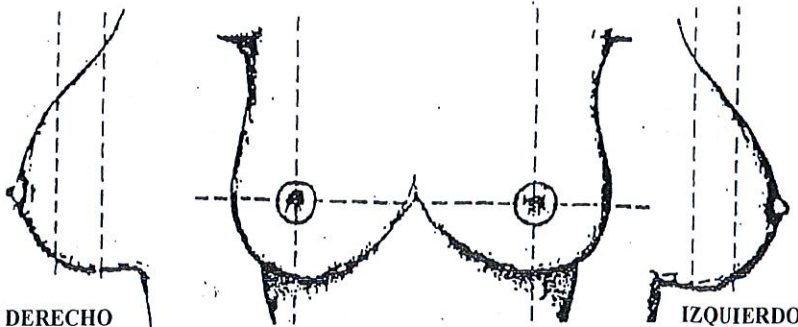
En caso afirmativo, ¿a qué edad (aproximada) fue diagnosticada la persona por primera vez? \_\_\_\_\_ Fecha del último Examen Clínico de

Mama? \_\_\_\_\_

Ultima Mamografía?

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Dónde? \_\_\_\_\_



AL DORSO

Firma del Técnico \_\_\_\_\_

**POR FAVOR LEA Y FIRME PARA DAR RECONOCIMIENTO A LOS ARTICULOS DEL 1 AL 4**

1. Yo \_\_\_\_\_ por medio de la presente doy mi consentimiento y permiso a Multi-Diagnosis Services, Inc., sus técnicos y empleados, para que me hagan un examen visual y/o manual de mama y una mamografía. Yo entiendo que el examen visual y/o manual de mama y/o la mamografía no constituyen un examen completo para detectar cáncer, ni garantizan la ausencia de cáncer si los resultados son negativos.

Yo soy el único responsable de seguir las recomendaciones hechas por el médico para cualquiera de los subsecuentes exámenes de seguimiento, estudios diagnósticos, evaluaciones o tratamientos en el caso que en los resultados del examen o la mamografía haya probabilidades de malignidad, o si hay algún área donde se ha encontrado una anomalía cuestionable.

2. POR LA PRESENTE DECLARO QUE HASTA DONDE YO SEPA EN ESTE MOMENTO NO ESTOY EMBARAZADA Y/O NO ESTOY AMAMANTANDO A UN NIÑO(A).

3. Yo autorizo a Multi-Diagnostic Services, Inc. a que reciban todos y cada uno de los registros médicos e informes que corresponden a las conclusiones de mi mamografía. Esto incluye, pero no se limita a: ultrasonido; cono o focal, ampliación y cualquier otra vista adicional; resultados de biopsias, al igual que películas de mamografías y ecografías anteriores. Esto le permitirá a Multi-Diagnostic Services, Inc. actualizar mi expediente médico según la Ley Estándar de Calidad de Mamografía (MQSA/HR6182).

4. Yo entiendo que los resultados de mi examen y mamografía serán reportados a mi médico designado. Si hay que hacer pruebas de seguimiento, yo doy mi permiso a Multi-Diagnostic Services, Inc., para entregar las películas de mis mamografías, ya sea a mí, a una persona designada por mí, un médico, o a las instalaciones que va a hacer las pruebas. Si fueron evaluadas a través del NY State DOH Breast Health Partnership Program, las películas serán enviadas a una instalación de un socio que participa en el programa para el cuidado de seguimiento y su información médica/personal le será entregada a la oficina correspondiente del NY State Partnership y a la instalación de seguimiento indicada a menos que usted se niegue a que lo hagamos.

Su negativa debe ser por escrito.  
Si así lo desea, nos puede dar el nombre, dirección y teléfono de un familiar o amigo autorizado para recibir los resultados de su mamografía:

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección/Teléfono \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

**Información de su Medico**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de Fax \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Número UPIN del médico (para Medicare) \_\_\_\_\_  
Número de Proveedor de Medicaid \_\_\_\_\_

**Paciente de Medicare**

" Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare se hagan en mi nombre a Multi-Diagnostic Services, Inc. por todos los servicios que me haya prestado Multi-Diagnostic Services Inc. Yo autorizo a quienes mantengan información médica mía a que suministren al Health Care Financing Administración (Administración de Financiamiento de Atención de la Salud) y a sus agentes cualquier información que sea necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios a pagar por servicios relacionados.

Firma del Beneficiario \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Translated by Asian/American Center of Queens College with  
Funds Provided by Queens Borough President's Office  
(No alterations on this document are permitted.)



# Multi-Diagnostic Services, Inc.

**MULTI-DIAGNOSTIC INSURANCE INFORMATION SHEET**  
**PLEASE PRINT CLEARLY.- AICF JOBS**

139-16 91st Avenue  
Jamaica, New York 11435  
718 454-8556  
Fax: 718 454-7950

PATIENT NAME (AS IT APPEARS ON YOUR INSURANCE CARD)

\_\_\_\_\_

NAME OF INSURANCE PLAN: \_\_\_\_\_

POLICY NUMBER/MEMBER NUMBER & GROUP  
NUMBER: \_\_\_\_\_

POLICY TYPE (HMO/PPO): \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ GENDER: M F

HAVE YOU WAITED A YEAR (12 FULL MONTHS) SINCE YOUR LAST  
MAMMOGRAPHY? YES NO

ARE YOU THE PRIMARY POLICY HOLDER? YES NO

IF YOU CIRCLED NO ABOVE, PLEASE LIST PRIMARY POLICY  
HOLDER'S INFORMATION BELOW.

NAME \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_ GENDER \_\_\_\_\_  
RELATIONSHIP TO PATIENT \_\_\_\_\_

**DISCLAIMER**

PLEASE MAKE SURE THIS IS YOUR CURRENT INSURANCE INFORMATION. PLEASE  
REVIEW FOR ACCURACY. WE WILL USE THIS INFORMATION TO BILL YOUR  
MAMMOGRAM.

If you need to have diagnostic testing as a result of your screening mammogram and have an  
insurance plan in which Multi-Diagnostic Services (MDS) does not participate, you will be unable to  
have your diagnostic testing performed by MDS. You will need to contact your insurance carrier for  
a list of participating facilities.

**SIGNATURE** \_\_\_\_\_ **DATE** \_\_\_\_\_

A. Notifier:

B. Patient Name:

C. Identification Number:

### Advance Beneficiary Notice of Noncoverage (ABN)

**NOTE:** If Medicare doesn't pay for D. \_\_\_\_\_ below, you may have to pay. Medicare does not pay for everything, even some care that you or your health care provider have good reason to think you need. We expect Medicare may not pay for the D. \_\_\_\_\_ below.

D.	E. Reason Medicare May Not Pay	F. Estimated Cost

**WHAT YOU NEED TO DO NOW:**

- Read this notice, so you can make an informed decision about your care.
  - Ask us any questions that you may have after you finish reading.
  - Choose an option below about whether to receive the D. \_\_\_\_\_ listed above.
- Note:** If you choose Option 1 or 2, we may help you to use any other insurance that you might have, but Medicare cannot require us to do this.

**G. OPTIONS:** Check only one box. We cannot choose a box for you.

**OPTION 1.** I want the D. \_\_\_\_\_ listed above. You may ask to be paid now, but I also want Medicare billed for an official decision on payment, which is sent to me on a Medicare Summary Notice (MSN). I understand that if Medicare doesn't pay, I am responsible for payment, but I can appeal to Medicare by following the directions on the MSN. If Medicare does pay, you will refund any payments I made to you, less co-pays or deductibles.

**OPTION 2.** I want the D. \_\_\_\_\_ listed above, but do not bill Medicare. You may ask to be paid now as I am responsible for payment. I cannot appeal if Medicare is not billed.

**OPTION 3.** I don't want the D. \_\_\_\_\_ listed above. I understand with this choice I am not responsible for payment, and I cannot appeal to see if Medicare would pay.

**H. Additional Information:**

This notice gives our opinion, not an official Medicare decision. If you have other questions on this notice or Medicare billing, call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048). Signing below means that you have received and understand this notice. You also receive a copy.

<b>I. Signature:</b>	<b>J. Date:</b>
----------------------	-----------------

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0566. The time required to complete this information collection is estimated to average 7 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**Notificación de Privacidad del Paciente  
Formulario de Acuso de Recibo**

El propósito de este formulario es para registrar acuso de recibo de la Notificación de Privacidad, como lo requiere la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Información de Salud de 1996 (Conocida por sus siglas en ingles HIPAA) . Si no se pudiera obtener tal acuso de recibo, esta forma documentará el intento de buena fe de la compañía para conseguir tal acuso de recibo.

**Parte A:** Yo \_\_\_\_\_ doy acuso de recibo de la Notificación de Privacidad y Normas del University Physicians Group.  
(nombre del paciente)

Firmado: \_\_\_\_\_

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

**Parte B:** MULTI-DIAGNOSTIC SERVICES, INCORPORATED, hizo un intento de buena fe para obtener el acuso de recibo

de \_\_\_\_\_ de la Notificación de Privacidad, pero no pudo hacerlo por la(s)  
(nombre del paciente)  
siguiente(s) razón(es):

- El individuo se negó a firmar                       Una situación de emergencia nos previno de obtenerlo
- Barreras de comunicación nos impidieron obtenerlo     Otra (favor sea especifico) \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Parte C:** El primer encuentro de tratamiento de esta oficina con \_\_\_\_\_ se hizo por  
(Nombre del paciente)  
teléfono el \_\_\_\_\_ y una copia de la Notificación de la Normas de Privacidad de esta oficina y del  
(Fecha de la llamada telefónica)  
Formulario de Acuso de Recibo fueron enviados por correo postal al paciente en tal fecha, solicitándole que devuelva a esta oficina la forma después de completar la Parte A

Firmado: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Empleado)

El formulario ya completo se debe colocar en el registro medico del paciente

**American-Italian Cancer Foundation (AICF) Autorización de HIPAA para Revelar Información de Salud**

DEBE COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS

ESTE FORMULARIO NO SE PUEDE UTILIZAR PARA AUTORIZACIONES DE INVESTIGACIONES O COMERCIALIZACION, RECAUDACION DE FONDOS O RELACIONES PÚBLICAS

NOMBRE Y DIRECCION DEL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE
		NUMERO DE REGISTRO MEDICO	# NUMERO DE TELEFONO
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD QUE REVELARA LA INFORMACION	INFORMACION ESPECIFICA QUE SE VA A DIVULGAR Información solicitada _____ Fechas de Tratamiento de _____ a _____		
NUMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA O ENTIDAD A QUIEN SE LE ENVIARA LA INFORMACION	INFORMACION QUE VA A SER REVELADA (¡: la casilla está marcada, usted esta autorizando la liberación de ese tipo de información.) Tome nota: a menos que todas las casillas estén marcadas, puede ser que no se pueda procesar su solicitud. <input type="checkbox"/> Información sobre Programa de Abuso de Alcohol y/o Sustancias <input type="checkbox"/> Información sobre Salud Mental <input type="checkbox"/> Información sobre Pruebas Genéticas <input type="checkbox"/> Información relacionada con VIH/SIDA		
RAZÓN PARA REVELAR LA INFORMACION <input type="checkbox"/> Un asunto legal <input type="checkbox"/> A solicitud del individuo <input type="checkbox"/> Otra (especifique por favor)	¿HASTA CUANDO ES VALIDA ESTA AUTHORIZACION? (Marque una por favor) <input type="checkbox"/> Evento: _____ <input type="checkbox"/> Hasta esta fecha _____		

Yo, o mi representante autorizado, autorizo el uso o la revelación de mi información médica y/o de facturación en la forma que yo la he descrito en este formulario.

Entiendo que mi información médica y/o de facturación puede volver a ser divulgada y ya no estaría protegida por las regulaciones de privacidad de información de salud federales si el/los destinatario(s) descrito(s) en este formulario no están obligados por ley a proteger la privacidad de esa información. Entiendo que mis registros médicos y/o de facturación contienen información relacionada con el ABUSO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS, PRUEBAS GENETICAS, SALUD MENTAL y/o INFORMACION RELACIONADA CON VIH/SIDA. Esta información no será revelada a menos que yo marque las casillas sobre esta información en este formulario.

Entiendo que si yo estoy autorizando el uso o revelación de información relacionada con VIH/SIDA, el/los recipiente(s) está(n) prohibidos de utilizar o de divulgar sin mi autorización cualquier información relacionada con VIH/SIDA, a menos que se les permita hacerlo según ley federal o estatal. También entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar sin autorización mi información relacionada con VIH/SIDA. Si yo sufro discriminación por el uso o divulgación de información relacionada con VIH/SIDA, yo puedo contactar la New York State Division of Human Rights (División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York) al 212-480-2493 o la New York City Commission of Human Rights (Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York) al 212-306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.

Entiendo que tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización y que mi cuidado de salud, el pago por mi cuidado de salud y mis beneficios de cuidado de salud no serán afectados si yo no firmo este formulario. También entiendo que si yo no firmo esta autorización, AICF no puede honrar mi solicitud para revelar mi información médica o de facturación.

Entiendo que tengo el derecho a solicitar la inspección y/o recibir una copia de la información descrita en este formulario de autorización si completo un Request for Access Form (Formulario para Solicitar Acceso). También entiendo que tengo derecho a recibir una copia del formulario después de firmarlo. Entiendo que si yo he firmado este formulario de autorización para utilizar o revelar mi información médica o de facturación, yo tengo el derecho a revocarla en cualquier momento, salvo en la medida que AICF ya ha tomado acción basada en mi autorización o que la autorización fue obtenida como una condición para obtener cobertura de seguro.

Para revocar esta autorización, póngase en contacto con el departamento de Health Information (Información de Salud) del establecimiento que procesa esta solicitud.

*Yo he leído este formulario y todas mis preguntas fueron contestadas. Al firmarlo, yo reconozco que he leído y aceptado todo lo mencionado en el formulario.*

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL	SI NO FIRMA EL PACIENTE, IMPRIMA EL NOMBRE Y LA INFORMACION DE CONTACTO DEL REPRESENTANTE PERSONAL QUE FIRMO ESTE FORMULARIO
FECHA	DESCRIPCION DE LA AUTORIDAD QUE TIENE EL REPRESENTANTE PERSONAL PARA ACTUAR A NOMBRE DEL PACIENTE

Si AICF ha solicitado esta autorización, se le debe dar una copia de ella al paciente o a su representante personal después que ha sido firmada.

UNICAMENTE PARA EL USO DE AICF	
FECHA DE RECIBO:	INICIALES DEL EMPLEADO DE HIM QUE PROCESA LA SOLICITUD
FECHA EN QUE SE COMPLETÓ:	COMENTARIOS:

AUTORIZACION DE AICF HIPAA REVISADA 11-2011

Translated by Asian/American Center of Queens College with  
Funds Provided by Queens Borough President's Office  
(No alterations on this document are permitted.)



**Programa Ambulante de Detección de Cáncer de Mama**  
**Formulario de Admisión**

**Su Edad:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Sexo**

- Femenino     Masculino     Otro \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su Idioma Principal?**

- Ingles     Español     Coreano     Chino  
 Otro: \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su origen étnico?**

- Hispano(a)     Latino(a)     Ni Hispano(a) ni Latino(a)

**¿Cuál es su raza? (marque todas las que se aplican)**

- Indio(a) Americano(a) o Nativo(a) de Alaska  
 Asiático(a)  
 Negro(a) o Afro Americano(a)  
 Nativo(a) de Hawái o de otra Isla del Pacifico  
 Blanco(a)  
 Otro(a) \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su ingreso familiar anual?**

- \$5,000 o menos  
 \$5,001 a \$10,000  
 \$10,001 a \$15,000  
 \$15,001 a \$25,000  
 \$25,001 a \$50,000  
 Más de \$50,000