Multi-Diagnostic Services, Inc.

139-16 91st Avenue ~ Jamaica, NY 11435 ~ 718 454-8556 ~ Fax 718 454-7950

POR FAVOR DE USAR LETRA EN MOLDE. LA FORMA SE DEBE COMPLETAR TOTALMENTE.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___ Edad ___ Fecha ___/___/___

Dirección de Casa _____ Apt#_____ Piso#____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____

Teléfono de Casa ( ) _____ Teléfono del trabajo ( ) _____ Teléfono Celular ( ) _____

4 últimos números Seguro Social#_____ Correo Electrónico _____ Podemos enviarle un texto? SI o NO

POR FAVOR CIRCULE SUS RESPUESTAS. POR FAVOR NO DEJAR PREGUNTA SIN CONTESTAR.

Pasado/Futuro Medicamentos (Si, indique el nombre de la droga y a longitud del tiempo utilizada.)

Pastillas Anticonceptivas No Si _____
Hormonas No Si _____
Tiroides No Si _____

Edad que empezó a menstruar? _____
Numero de embarazo? _____
Edad al primer embarazo? _____
Fecha del último periodo? _____

Ha empezado la menopausia? No Si : Natural Quirúrgico Edad que empezó _____
Ha tenido una histerectomía? No Si : A que edad?_____ Ovario removido? No Si (Izquierdo, Derecho) Edad?_____

Cirugía anterior del Seno?		¿Cuando?	Cual Seno?	¿Tratamiento de Radiación?	¿Tiene de lo siguiente AHORA?	
Mastectomia	No Si	_____	Derecho Izquierdo Ambos	No Si	Senos Fibrosos	No Si
Extirpación de masa	No Si	_____	Derecho Izquierdo Ambos	No Si	Masas en el Seno	No Si D I Ambos
Biopsia	No Si	_____	Derecho Izquierdo Ambos	No Si	Sensibilidad del Seno	No Si D I Ambos
Desagüe de quiste	No Si	_____	Derecho Izquierdo Ambos	No Si	Dolor en el Seno	No Si D I Ambos
Implante del Senos	No Si	_____	Derecho Izquierdo Ambos	No Si	Retractación de Piel	No Si D I Ambos
					Descarga del pezón	No Si D I Ambos

Otra _____

Esta usted amamantando? NO SI

¿Si, de que color de la descarga? _____

¿Los síntomas antedichos se relacionan con su periodo? No Si A veces

Antecedentes Familiares de Cáncer al Seno? (Por favor Circule)

Madre No Si
Tías No Si Lado de Madre o Padre?
Hermanas No Si
Abuelas No Si Lado de Madre o Padre?
Hijas No Si

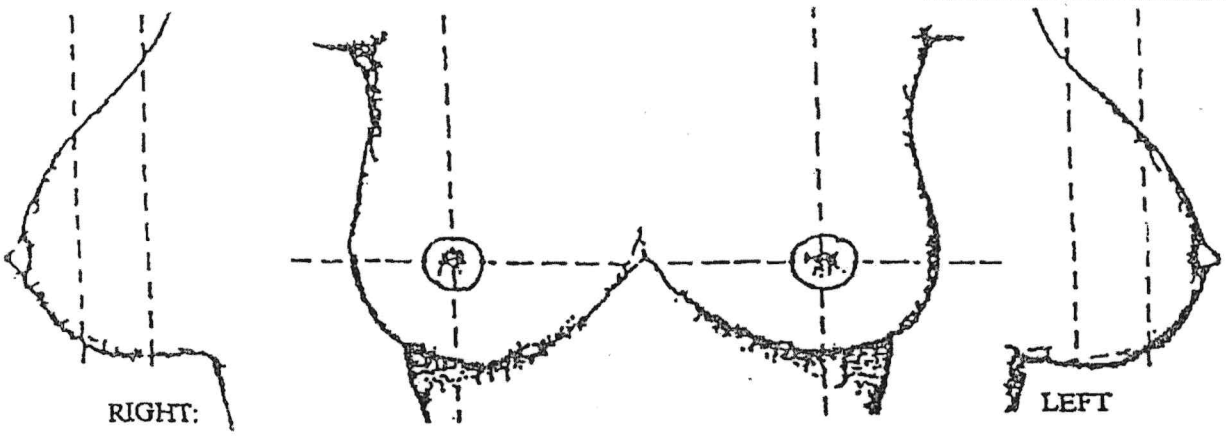
¿Si, a que edad (aproximadamente) fue el primer diagnóstico de la persona? _____

Mamografías Anteriores?

Cuando? _____

Donde? _____

Fecha del último examen clínico de los seno?_____



Firma de la técnica _____

POR FAVOR LEA Y FIRME LOS ARTICULOS DE RECONOCIEMIENTO 1 – 4

1. Yo _____ por este medio doy mi consentimiento y permiso a Multi-Diagnostic Services, Inc., sus técnicos y empleados, para realizarme un examen visual y/o manual de seno y/o examen de mamografía. También entiendo que un examen visual y/o manual y/o mamografía no constituye una completa examinación de cáncer, y no garantiza la ausencia de cáncer aunque los resultados sean negativos.

Soy solamente responsable de seguir cualquier recomendación hecha por el médico para un examen de seguimiento posterior, por ejemplo, estudios diagnósticos, evaluaciones, tratamiento(s) en caso de que los resultados de la examinacion o mamografía sea sospechosa de algo maligno o que encuentren cualquiera anormalidad hallada que sea cuestionable.

2. **DECLARO POR ESTE MEDIO QUE AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO NO ESTOY EMBARAZADA EN ESTE TIEMPO Y/O QUE NO ESTOY AMAMANTADO A UN NIÑO.**

3. Yo autorizo a Multi-Diagnostic Services, Inc. para recibir todos mis archivos médicos y reportes relacionado a los resultados de mi mamografía. Esto incluye, pero no esta limitado a ultrasonidos; ampliación del área, y cualquier otra imagen adicional; resultados de biopsia, así como las imágenes anteriores de la mamografía. Esto permitirá a Multi-Diagnostic Services, Inc. poner al día mi archivo médico según el Acto Estándar de Calidad de la Mamografía. (MQSA/HR6182).

4. Yo entiendo que los resultados de mí examen de mamografía serán divulgados a mi medico señalado. Si los exámenes de seguimiento posteriores son necesarios, doy mí permiso para que Multi-Diagnostic Services, Inc. me envíe las imágenes de la mamografía, a una persona señalada por mí, a un doctor o a la facilidad que haga el examen. Si los exámenes de detección fueron hechos con el programa de servicios de cáncer del estado de Nueva York, tus imágenes serán enviadas a una facilidad que participa para el cuidado de los exámenes de seguimiento posteriores junto con su información médica/personal. Si usted decide no elegir los servicios de cáncer del estado de Nueva York, su rechazo debe ser por escrito.

5. Si nosotros no podemos contactarlo con su resultado, por favor provéanos el nombre, dirección y número de teléfono de un pariente o de un amigo autorizado a tener sus resultados de la mamografía. Si usted decide no proveer un nombre, por favor escriba **NO** abajo.

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____

Su Información del Medico

(POR FAVOR FACILITAR TODA LA INFORMACION DE SU MEDICO. DE LO CONTRARIO LE ENVIAREMOS LOS RESULTADOS A USTED PARA QUE SE LOS DE A SU DOCTOR)

Nombre _____ Teléfono _____

Nombre de Consultorio o Dispensario _____ Numero de Fax _____

Dirección _____

CANCER SERVICES PROGRAM CLINICAL BREAST EXAM FORM

Name:_____ DOB: _____ Date:_____
Last First MI MM/DD/YR MM/DD/YR

Review of Patient History

Patient noticed changes in breasts since last visit? Site code ☐☐☐☐☐☐

No ___ Yes ___ Describe_____

Patient has a personal or family history of breast cancer?

No ___ Yes ___ Who?_____ What age?_____

Patient noted spontaneous nipple discharge?

No ___ Yes ___ Describe_____

Risk Assessment Results:

☐ Assessed Average Risk ☐ BRCA mutation, personal or 1st degree relative

☐ ≥20% lifetime risk by risk assessment ☐ Radiation treatment to chest between ages 10-30

☐ Genetic syndrome like Li-Fraumeni ☐ Risk not assessed ☐ Unknown

Visual Exam:

Skin: ☐ Normal/Benign ☐ Scar(s) ☐ Dimpling ☐ Other:_____

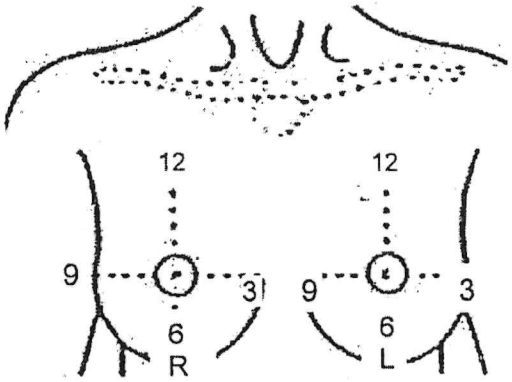
Nipples: ☐ Everted ☐ Inverted ☐ Retraction

Physical Exam

	Right	Left
Lymph Nodes (Axillary/Clavicular)	☐ + ☐ -	☐ + ☐ -

Diagram Documentation Codes

Scar +++ Nodularity ≡ Mole *
Fibrocystic Area /// Node ○ Dimpling ∠
Mass ●



Describe all clinical exam findings, including NORMAL and ABNORMAL (indicate size, shape, mobility, location of palpable findings).

Findings:_____

Plan: _____

Referral: No _____ Yes _____ (explain)_____

Breast Findings: Check one box only

☐ 1. Normal, Benign, Fibrocystic – Rescreen in 1-2 Years
☐ 2. Probably Benign – Repeat Exam in 3-6 months
☐ **3. Mass or Other Findings – Immediate Testing**

_____
Name of Examiner (please print)

_____
Signature of Examiner Date

This report should be maintained as part of the patient medical record.

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 Responsablidad 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
(nombre del paciente)
del University Physicians Group.

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,
(nombre del paciente)
pero no pudo hacerlo por la(s) siguiente(s) razón(es):

O El individuo se negó a firmar

O Una situación de emergencia nos previno de obtenero

O Barreras de comunicación nos impidieron obtenerlo

O Otra (favor sea especifico) _____
_____

Firmado: _____ *Posición:* _____ *Fecha:* _____
(Empleado)

Parte C: El primer encuentro de tratamiento de esta oficina con _____se hizo por
(Nombre del paciente)
tel'éfono el _____ y una copia de la Notificación de la Normas de Privacidad de esta
(Fecha de la llamada telefonica)
oficina y del 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

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

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 TELEFONO
	NUMERO DE REGISTRO MEDICO	

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD QUE REVELARA LA INFORMACION	INFORMACION ESPECIFICA QUE SE VA A DIVULGAR
Multi-Diagnostic Services, Inc.	Información solicitada Resultados de examen, datos demográficos del paciente, historial médico, datos de facturación Fechas de Tratamiento de _____ a _____
NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA O ENTIDAD A QUIEN SE LE ENVIARA LA INFORMACION American Italian Cancer Foundation 112 East 71 Street New York, NY 10021	INFORMACION QUE VA A SER REVELADA (si 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. ☐ Información sobre Programa de Abuso de Alcohol y/o Sustancias ☐ Información sobre Salud Mental ☐ Información sobre Pruebas Genéticas ☐ Información relacionada con VIH/SIDA
RAZÓN PARA REVELAR LA INFORMACIÓN ☐ Un asunto legal ☐ A solicitud del individuo ☐ Otra (especifique por favor)	¿HASTA CUANDO ES VALIDA ESTA AUTHORIZACION? (Marque una por favor) ☐ Evento:_____ ☐ 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 (Informacion 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.)

American-Italian
CANCER FOUNDATION

www.americanitaliancancer.org

Programa de Servicio Móvil de Mamografía Sin Costo

¿Cuál es su idioma principal?

○ Ingles ○ Español ○ Coreano ○ Chino

Otro: _____

¿Cuál es su etnicidad o raza? (Marque todas las que apliquen)

○ Afroamericano o negro

○ Asiático

○ Hispano o Latino(a)

○ Blanco

○ Indio Americano o Nativo de Alaska

○ Hawaiano o de otra isla del Pacífico

○ Otro: _____

¿Cuál es el ingreso anual de su hogar?

○ $5,000 o menos

○ $5,001 - $10,000

○ $10,001 $15,000

○ $15,001 - $25,000

○ $25,001 - $50,000

○ Más de $50,000

For office Use: Date: _____ Site: _____