

(Toda la información es estrictamente confidencial)

Apellidos		Primer nombre		Inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento: / /	
Dirección física		Calle		Depto. #		Ciudad	
						Estado	
						Código postal	
Dirección postal / Casilla de correos #				Depto. #		Ciudad	
						Estado	
						Código postal	
¿Estudiante?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial				Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho			
Veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Teléfono de la casa ()		Teléfono del trabajo ()		Otro teléfono alterno ()		Primer idioma: Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
Dirección de E-mail:							
Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Género con el que se identifica: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Heterosexual (ni lesbiana ni gay) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo diferente <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Elige no divulgar		Pronombre(s) preferido(s): <input type="checkbox"/> Él, su, de él <input type="checkbox"/> Ella, su, de ella <input type="checkbox"/> Ellos, sus, de ellos <input type="checkbox"/> Ze, Hir <input type="checkbox"/> Me niego a contestar <input type="checkbox"/> Otro	
Género en el presente: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indiferenciado		<input type="checkbox"/> Transgénero masculino / femenino a masculino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino / Masculino a femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no divulgar					
¿A cuál de los siguientes grupos usted siente que pertenece? <input type="checkbox"/> Indio nativo norteamericano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> De color/Afro Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> De las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Me niego a responder							
Contacto de emergencia (OBLIGATORIO)						Teléfono ()	
Parte responsable (Información de los padres o tutor legal). Si el paciente tiene 18 años o más, por favor escriba la información del paciente)							
Apellidos		Primer nombre		Inicial del segundo nombre			
Dirección física		Calle		Depto. #		Ciudad	
						Estado	
						Código postal	
Dirección postal / Casilla de correos #				Depto. #		Ciudad	
						Estado	
						Código postal	
Teléfono de la casa ()		Ingreso anual: (Necesitamos esta información para propósitos de estadística) <input type="checkbox"/> \$24,000 o menos <input type="checkbox"/> \$25,000 a \$49,999 <input type="checkbox"/> \$50,000 a \$74,999 <input type="checkbox"/> \$75,000 a \$99,999 <input type="checkbox"/> \$100,000 o más <input type="checkbox"/> Me niego a divulgar (Iniciales _____)					
Nombre del empleador		Dirección del empleador (calle, ciudad y estado)				Teléfono ()	
Seguro médico							
1 - Compañía de seguros primaria		ID #		Grupo #		Dirección	
Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento		Empleador asegurado		Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Usted mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	
2 - Compañía de seguros secundaria		ID #		Grupo #		Dirección	
Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento		Empleador asegurado		Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Usted mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	
<p>Mediante la presente, yo, voluntariamente consiento a ser atendido como paciente externo de Nevada Health Centers, Inc., incluyendo exámenes de rutina, cirugías menores y procedimientos de diagnóstico. Además, consiento a que se realicen exámenes y procedimientos por el personal médico y sus asistentes, incluyendo asistentes médicos y enfermeras profesionales. Entiendo que los asistentes médicos y las enfermeras profesionales no son médicos licenciados y que ellos pueden proporcionar atención médica solamente bajo la supervisión y dirección de un médico licenciado. Estoy de acuerdo con la divulgación de los registros médicos y la información, incluyendo la que se relaciona con mi tratamiento médico, procedimientos de cirugía, pruebas de laboratorio, servicios de psicología y consultas médicas, a cualquier persona o entidad responsable por el pago a Nevada Health Centers.</p>							
Firma del paciente, padres o tutor legal				Fecha			

Nevada Health Centers, Inc.
ACUERDO FINANCIERO

Autorizo el pago directo por cualquier beneficio que se me haya realizado y que se deba a Nevada Health Centers, Inc., a ser pagado directamente a Nevada Health Centers, Inc., por mi compañía aseguradora.

Tomo conocimiento de que aunque Nevada Health Centers, Inc. puede enviar la cuenta a mi compañía de seguros por mi parte, soy yo la persona responsable del pago de la cuenta.

Pacientes de Medicare: Nevada Health Centers acepta Medicare; sin embargo, el paciente es responsable por el 20% de copago al momento del servicio. Nevada Health Centers le enviará la cuenta a su seguro suplementario, siempre y cuando usted nos dé la información para poder hacerlo. Medicare solamente paga por servicios que son considerados médicamente necesarios, y si usted solicita servicios que no están cubiertos por Medicare, usted será responsable por el pago completo.

Pacientes de Medicaid: Los estatutos federales y estatales requieren la utilización de todas las otras fuentes antes de enviar la cuenta a Medicaid por servicios médicos. Otras fuentes incluye la cobertura de seguro de salud y de vida privado o del empleador . Certifico que, bajo pena de fraude, yo no tengo seguro privado de salud ni de accidente o del empleador como responsable del pago primario para mis dependientes o para mí mismo(a). Entiendo que Medicaid sólo paga por los servicios que son o que tratan condiciones médicas o enfermedades.

Pacientes con seguro de salud privado: Entiendo que soy responsable por saber los beneficios que están cubiertos por mi póliza de seguros. Entiendo que Nevada Health Centers, Inc. verificará los beneficios, pero no garantiza que todos los servicios serán cubiertos. Entiendo que si mi seguro de salud no cubre algún beneficio recibido, yo seré responsable por el pago. Entiendo que mi copago se vence y se debe pagar al momento de recibir el servicio.

Pacientes que pagan por su cuenta: Entiendo que es la política de Nevada Health Centers, Inc. cobrar por los servicios al momento en que éstos se reciben.

Agencia de cobranza externa: Si usted no ha respondido a nuestros intentos de comunicarnos con sobre algún pago pendiente, podremos enviar su cuenta a una agencia de cobranza externa.

Firma del paciente o de los padres (para los menores)

Fecha

Testigo

Fecha

PROGRAMA DE MAMOGRAFÍA MAMMOVAN CUESTIONARIO DEL PACIENTE

Legal Last Name /
Apellido Legal: _____

Legal First Name /
Nombre Legal: _____

Date of Birth /
Fecha de nacimiento: _____

Physician's Name /
Nombre de su Médico

Physician's Phone /
Teléfono de su Médico

Physician's Fax /
Fax de su Médico

1. Is there a chance you're pregnant? ¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES / SI	<input type="checkbox"/> POSSIBLE / ES POSIBLE
2. Have you breastfed in the past 6 months? ¿Ha dado de amamantar en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES / SI	
3. Are you experiencing any new breast problems: ¿Siente alguno de los siguientes problemas en los senos al momento?:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES / SI	<input type="checkbox"/> DISCHARGE / SECRECION <input type="checkbox"/> LUMPS / BULTOS <input type="checkbox"/> PAIN / DOLOR
Please indicate which breast – check left (L) and/or right (R): Por favor indique en cual seno – indique izquierdo (I) o derecho (D)	<input type="checkbox"/> L / I <input type="checkbox"/> R / D	<input type="checkbox"/> L / I <input type="checkbox"/> R / D	<input type="checkbox"/> L / I <input type="checkbox"/> R / D
4. Are you currently taking hormones? ¿Está usted siguiendo una terapia de reemplazo hormonal?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES / SI	
If yes, what kind? Si respondió que sí, ¿De qué tipo?	For how long? ¿Por cuánto tiempo?		
5. How many full term pregnancies have you had? / ¿Cuántos embarazos ha tenido en su vida?			
6. Have you had a mammogram in the past? ¿Se ha hecho una mamografía en el pasado?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES / SI	
When? / ¿Cuándo?	Where? / ¿Dónde?		
What were the results? ¿Cuáles fueron los resultados?	<input type="checkbox"/> NORMAL / NORMALES	<input type="checkbox"/> ABNORMAL / ANORMALES	<input type="checkbox"/> DON'T KNOW / NO SÉ
7. Have you had breast cancer? ¿Ha tenido cáncer de senos?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES / SI	When? / ¿Cuándo?
Did you have a breast biopsy? ¿Se hizo una biopsia de senos?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES / SI	When? / ¿Cuándo?
Please indicate which breast – check left (L) and/or right (R): Por favor indique en cual seno – indique izquierdo (I) o derecho (D)	<input type="checkbox"/> L / I <input type="checkbox"/> R / D		

MORE QUESTIONS ON REVERSE SIDE / MÁS PREGUNTAS AL REVERSO



Nevada Health Centers, Inc.
MAMMOVAN PROGRAM
MAMMOGRAPHY PATIENT QUESTIONNAIRE

PROGRAMA DE MAMOGRAFÍA MAMMOVAN CUESTIONARIO DEL PACIENTE

8. Do you have a family history of breast cancer? ☐ NO ☐ YES / SI ☐ DON'T KNOW / NO SÉ
¿Tiene usted una historia de cáncer de senos?

If yes, which relative(s) and what age?
*Si respondió que sí, ¿Qué familiar o familiares?
¿A qué edad se le diagnosticó?*

9. Have you ever had breast surgery? / *¿Ha tenido usted alguna cirugía de aumento de senos?*

☐ NO If yes, please check below / *En caso afirmativo, consultar abajo:*

Mastectomy / *Mastectomía:* ☐ YES / SI When? / *¿Cuándo?*

Implants / *Implantes:* ☐ YES / SI When? / *¿Cuándo?*

Reduction / *Reducción:* ☐ YES / SI When? / *¿Cuándo?*

10. Have you ever had any form of cancer? ☐ NO ☐ YES / SI
¿Alguna vez ha tenido alguna forma de cáncer?

If yes, where and/or what kind?
En caso afirmativo, ¿dónde y/o qué tipo?

By signing, I acknowledge that I have read and understand this form. Further, I acknowledge that I am not pregnant, have not breastfed in the past 6 months, and have not had a mammogram within the past 365 days. I give permission for the Mammovan to **obtain and/or release** any medical records and/or radiology images, including to the wellness coordinator.

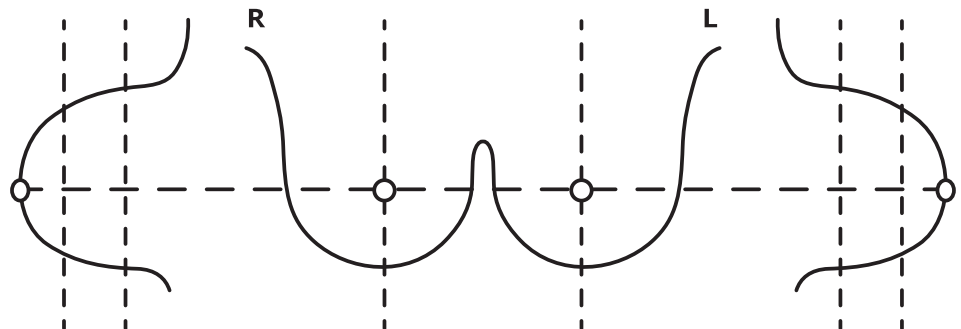
Al firmar, acepto que he leído y entendido este formulario. Además, declaro que no estoy embarazada, que no he amamantado en los últimos seis meses, y que no me he hecho una mamografía en los últimos 365 días. Doy mi consentimiento para que la Mammovan obtenga y/o libere cualquier registro médico y/o radiografías, incluyendo al coordinador de bienestar de salud.

Patient Signature /
Firma de la paciente: _____

Date /
Fecha: _____

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE – OFFICE USE ONLY
NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA – PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

- ☐ Number of images _____
- ☐ Baseline
- ☐ Screening
- ☐ OT scanned - Proton Express
- ☐ Paperwork scanned - NextGen
- ☐ Studies pushed
- ☐ Priors studies pushed



TECHNOLOGIST SIGNATURE _____

Nevada Health Centers, Inc.
AUTHORIZATION TO SHARE INFORMATION

Our Notice of Privacy Practices (PE5.01Fa) provides information about how we may use and disclose protected health information about you. The notice contains a Patient Rights Section describing your right to authorize a member of your family, friend or a designated individual of your choosing to discuss your protected health information. You have the right to terminate this authorization at any time by completing this form and checking the "I want to terminate..." section below.

☐ **I authorize the following persons or entities to represent me or contact you and request information:**

☐ **I want to terminate my authorization to disclose information from the following person/entities:**

Name: _____ Relationship: _____ DOB: _____

Name: _____ Relationship: _____ DOB: _____

The persons named above can request the following information:

☐ **Medication refills** ☐ **Referrals** ☐ **All information pertaining to appointments** ☐ **All medical information**

Patient Signature

Print Name

DOB

Date

Nevada Health Centers, Inc.
AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Nuestro documento de Prácticas de Privacidad (PE5.01Fa) proporciona información sobre la manera en que podemos usar y revelar información de salud privada acerca de usted. La notificación contiene una sección de Derechos del Paciente que describe su derecho a autorizar a un miembro de su familia, amigo, o a un individuo a quien usted elija, para conversar sobre su información de salud privada. Usted tiene derecho a terminar esta autorización en cualquier momento completando este formulario y marcando la sección que dice "Quiero terminar..." según sigue a continuación.

☐ **Autorizo a las siguientes personas o entidades para que me representen o le contacten y soliciten información:**

☐ **Quiero terminar mi autorización de revelar información de las siguientes personas o entidades:**

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Las personas que se nombraron anteriormente pueden solicitar la siguiente información:

☐ **Relleno de medicamentos** ☐ **Derivaciones médicas**
☐ **Toda la información relacionada con citas médicas** ☐ **Toda la información médica**

Firma del Paciente o Tutor legal

Escribir el nombre

Fecha de nacimiento

Fecha