



Instrucciones para la paciente

Gracias por participar en nuestra II Jornada Annual de Mamografía de las empleadas de Rex. En Rex animamos a nuestras pacientes a realizarse anualmente el chequeo médico del seno y a llevar a cabo el auto examen de seno mensualmente

Todas las pacientes deben pre-registrarse, por eso les pedimos que completen las formas adjuntas y las devuelvan a Wendy Avery/Radiología, ya sea por el correo interno entre oficinas o por fax al: _____

Las formas incompletas serán devueltas y su cita cancelada

- Por favor asegúrese de incluir el nombre completo, dirección y teléfono de su médico. Todas las pacientes deben tener un médico
- Por favor incluya una fotocopia de su carné del seguro por ambos lados
- Es posible que su mamografía esté en el Centro de cuidado del Seno (the Breast Care Center) o en la unidad móvil de mamografía (que ese día estará estacionado en el parqueadero de los doctores)
- Por favor asegúrese también de indicar dónde le tomaron su última mamografía. Si no recuerda en qué institución médica le tomaron la mamografía anterior:
 - Por favor llame al consultorio de su médico y pídale que tomen el dato de su historia médica
 - Pídale el nombre y el teléfono del lugar dónde le tomaron la última mamografía
 - Comuníquese con la institución donde le tomaron su última mamografía y pídale que envíen la mamografía con su respectivo reporte a:

REX BREAST CARE CENTER
2800 BLUE RIDGE ROAD
SUITE 204
RALEIGH, NC 27607

Usted es apta para el examen solo si:

- no tiene historia previa de cáncer de seno
- no presenta síntomas como dolor, hinchazón, masas, o descarga de material por el pezón
- No tiene implantes o aumento de seno
- No está embarazada o amamantando
- Tiene por lo menos 35 años si es su primera mamografía
- Tiene por lo menos cuarenta años para una mamografía anual
- No se ha tomado una mamografía en los últimos 12 meses
- En el día de la mamografía **no** ha usado desodorante o polvo para el cuerpo ya que estos productos afectan el resultado del examen. después de completado el examen se le brindará desodorante

Seguir estas instrucciones nos será de gran utilidad en el proceso de registro y reducirá el tiempo de espera el día de su examen. Si tiene alguna pregunta por favor comuníquese con Wendy Avery al 919-784 4210.

Departamento de Salud del Condado de Harnett
Complejo Gubernamental
307 Cornelius Harnett Blvd Lillington
910-814-6230 Nuria Bennett, Intérpret

REX MOBILE MAMMOGRAPHY REGISTRATION FORM

FORMULARIO DE REGISTRO PARA MAMOGRAFÍA MÓVIL DEL REX

Account #	Unit #(MR #)	Date	Time	Reg Initials

Página de la paciente

Nombre (apellido y nombre completo)		Fecha de nacimiento	Edad	Sexo
Lugar de Nacimiento (ciudad y estado)	Raza	Estado Civil		
Dirección de Correo		Ciudad	Estado	Zip Code
Condado		Teléfono		
Nombre de soltera de la madre (nombre y apellido)		Nombre completo del padre (nombre y apellido)		
Número del seguro social de la paciente		Idioma (si no es español)		
Situación de trabajo (indique si está retirada)		Empleador		
Teléfono del trabajo	Dirección de trabajo			

Persona a contactar

Relación con la paciente	Nombre de la persona a contactar en caso de emergencia (nombre y apellido)			
Dirección de correo Línea 1		Ciudad	Estado	Zip Code
Teléfono				

Seguro

Titular del seguro	Plan(HMO, PPO,etc)	Nombre del asegurado (exactamente como aparece en el carné del seguro)		
Relación del titular con la paciente	Número de reclamación(ID# or Polic)	Teléfono de la aseguradora		
Número de grupo	Nombre de contacto	Dirección		
Ciudad	Estado	Zip	Aprobación# (Verificación #) si es necesaria	

Nombre del médico, dirección, teléfono y fax

Médico que recibe el reporte - El registro está sujeto a cancelación sin esta información	
Ha visitado este doctor en los últimos 12 meses? Si _____ NO _____	

Información sobre la mamografía

Nombre, fecha y lugar de la mamografía anterior (la paciente no debe haberse tomado una mamografía en los últimos 12 meses)
Ha pedido que su mamografía sea enviada a Rex? (véase la carta de mamografía de la paciente) Si _____ NO _____
(No es necesario si la última mamografía se tomó en el Rex)

Aprovado por: _____

Rex Healthcare
Certificate Program (Breast Care Center)
Please Fax back to 784-3446
Please contact 784-6186

Nombre : _____

Fecha de Nacimiento: _____

Esta teniendo algun problema con sus senos? ___si ___no

Alguna vez ha tenido cancer en los senos ? ___si ___no

Tiene implantes ? ___si ___no

Tiene un medico familiar ? ___si ___no

Si constesto si, quien es su medico? – Escriba el nombre.

Tiene seguro medico? ___si ___no

Ha aplicado para el Medicare? ___si ___no Si constesto si, cuando su cobertura
empezo? _____

Tiene el numero de su aseguranza medica o poliza ? ___si ___no

Si constesto si dar el nombre de la compania de aseguranza medica

Numero de Poliza: _____

Nombre del asegurado/a: _____

Cantidad de co-pago: _____

Cantidad del deducible: _____

Segundo Poliza de Aseguranza medica : _____

Nombre de la compania de seguros medicos:

Nombre del asegurado/a: _____

Cantidad de co-pago: _____

Cantidad de deducible : _____

Numero de dependients: _____

Total de ingresos anual del hogar : _____

Firma : _____ Fecha: _____

Testigo : _____ Fecha: _____