



## INSTRUCCIONES PARA LA PACIENTE DE REX MOBILE MAMMOGRAPHY para UNA MAMOGRAFÍA DE DETECCIÓN

REX MOBILE MAMMOGRAPHY PATIENT INSTRUCTIONS FOR SCREENING MAMMOGRAMS

Todas las pacientes deben presentar una identificación con foto y tarjeta de seguro médico, si procede, tener una cita programada y haberse registrado previamente.

**Envíe los documentos por fax a la oficina de REX Mobile Mammography (Unidad móvil de mamografía de REX) al (919) 784-4205.**

Debe cumplir con estos requisitos para calificar para la mamografía de detección:

- Debe tener un médico de cabecera o consultorio actual.
- No debe tener antecedentes de cáncer de mama.
- No debe tener ningún síntoma anormal (por ejemplo, dolor, nuevo bulto o secreción del pezón – si tuviera alguno de estos síntomas, comuníquese con su médico para el seguimiento).
- Debe tener al menos 35 años de edad (confirme la cobertura con su seguro médico).
- No debe haberse hecho una mamografía en los últimos 12 meses (confirme la cobertura con su seguro médico si han pasado menos de 12 meses).
- Debe hacernos saber si tiene implantes mamarios para que podamos programar la mamografía de manera adecuada.
- No debe estar embarazada ni amamantando.

**Indique el nombre completo, la dirección y el número de teléfono de su médico en el formulario de registro. Todas las pacientes deben tener un médico. Indique también donde se hizo la última mamografía. Si se hizo su mamografía previa en REX, anótelos en el formulario.**

Antes de su cita, llame a la instalación médica donde se hizo la última mamografía y pida que envíen las imágenes y el informe de la mamografía más reciente a:

**REX Image Service Center**  
2800 Blue Ridge Road, Suite 210  
Raleigh, NC 27607

Si no está segura donde se hizo la última mamografía, llame al consultorio de su médico y pida que lo verifiquen en su expediente médico.

**Poner atención a estas pautas nos ayudará en gran medida en el proceso de registro y reducirá el tiempo de espera el día de la prueba. Gracias por elegir REX Mobile Mammography para hacerse su mamografía anual.**

**Si tiene alguna pregunta, contacte con la coordinadora de su clínica, o puede llamar a REX Mobile Mammography al (919) 784-4210.**

Translated by UNC Health Interpreter Services, 03/01/21





## Formulario de registro de Unidad móvil de mamografía de REX

*REX Mobile Mammography Registration*

**Todas las pacientes deben traer una identificación con foto y tarjeta de seguro médico la cita.**

Hora: \_\_\_\_\_ Fecha de la cita: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE REGISTRO: LEA Y COMPLETE TODO EL FORMULARIO. LA LETRA DEBE SER LEGIBLE.**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_

Cuatro últimos dígitos del número de seguro social: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su última vacuna o refuerzo COVID? \_\_\_\_\_

**Si se puso una vacuna contra el covid-19, se recomienda esperar 4 a 6 semanas después de la vacuna para hacerse la mamografía. Si no ha pasado el tiempo adecuado, comuníquese con su proveedor médico para reprogramar su mamografía.**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Nombre del consultorio: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Si tiene seguro médico, adjunte una copia de su tarjeta de seguro. \***

**Si no tiene seguro médico o si solo tiene la cobertura del Programa de planificación familiar de Medicaid, debe completar la Aplicación de ayuda financiera para mamografía - Rex Mammography Assistance (RMA)**

**¿Ha sido paciente de REX o UNC (incluida REX Mobile Mammography)?** \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no

**NÚMERO DE EXPEDIENTE DE REX O UNC:** \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD MAMARIA:

Motivo de la mamografía de hoy: \_\_\_\_\_ Rutina \_\_\_\_\_ Otro

¿Ha tenido cáncer de mama? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**(En caso afirmativo, debe programar una mamografía de diagnóstico con una remisión de su proveedor.)**

¿Ha estado amamantando durante las últimas 12 semanas? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Ha tenido alguna cirugía o biopsia de mama? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Lado: Derecho \_\_\_\_\_, Fecha: \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_, Fecha: \_\_\_\_\_

¿Tiene implantes mamarios? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No En caso afirmativo, qué tipo: Silicona / Salina

### ÚLTIMA MAMOGRAFÍA

¿Dónde?: \_\_\_\_\_

¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_



\* R A D S C A N D \*



## CRITERIOS PARA EL PROGRAMA DE AYUDA DE MAMOGRAFÍAS MÓVILES DE UNC REX HEALTHCARE

El programa de ayuda de mamografías de REX está diseñado para ayudar a las mujeres que no tienen seguro médico, que no califican para el Programa de control de cáncer de mama y cuello uterino (BCCCP, por sus siglas en inglés) en nuestra área, y que necesitan hacerse una mamografía de detección sistemática a través de la unidad móvil de mamografías de REX en su clínica médica, departamento de salud local o en un evento comunitario.

### Requisitos:

- Mujeres que tengan un consultorio médico (si no lo tiene, favor de comunicarse con el departamento de salud en su localidad)
- Mujeres de 35 años o más (solo detección sistemática)
- Solo mujeres que necesitan una mamografía de detección sistemática
- Mujeres que no tengan seguro médico que cumplan con los criterios financieros (ver tabla a continuación)
- Completar la solicitud de ayuda de mamografía y presentarla junto con el formulario de examen previo de REX.
- La solicitante puede firmar la solicitud en el momento de la cita y entregarla junto con el formulario de examen previo de REX.

Tamaño de la familia	Máximo de ingresos por familia
1	\$25,000
2	\$28,000
3	\$30,000
4	\$35,000
5	\$40,000
6	\$40,000
7	\$45,000
8 o más	\$45,000

### • Cómo cumplir con los requisitos:

- Todas las pruebas de detección sistemática se programan a través de la unidad móvil de mamografías de REX. Si la unidad móvil visita a su clínica médica o departamento de salud local, no dude en comunicarse con ellos para inscribirse para una mamografía gratuita.
- Todas las solicitantes del programa de ayuda de mamografías móviles REX deben completar la solicitud y lo pueden hacer a través de su proveedor médico o la pueden mandar por fax al 919-784-4205.
- Si la unidad móvil de mamografías de REX no va a la clínica de su proveedor médico o su departamento de salud local, por favor comuníquese al 919-784-7150 para recibir los servicios.

### POR FAVOR TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

- UNC REX se reserva el derecho de usar su propia discreción para cubrir alguno o todos los casos que puedan estar o no, a ciencia cierta, bajo los criterios de selección.
- Los ingresos familiares deben incluir los de la paciente que solicita nuestro servicio y los del cónyuge.
- El número de personas en la familia debe reflejarse en esta solicitud. Es el número de exenciones que reclama en su declaración de impuestos. Puede que la solicitud sea sometida a revisión y que se solicite demostrar comprobante de ingresos.

# Solicitud para el programa de ayuda de mamografías móviles de REX Healthcare

Nombre completo de la paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Remitida por: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

¿Es esta su primera mamografía? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si no lo fuera, ¿dónde se hizo su última mamografía?: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Actualmente presenta problemas con sus pechos? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si respondió «sí», por favor describa los síntomas actuales: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted antecedentes personales de cáncer de mama? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿Tiene usted implantes en los pechos? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

**Todas las pacientes deben tener a un médico con quien se atiendan. Favor de escribir el nombre completo de su médico:**

\_\_\_\_\_

**Complete esta información si no tiene seguro médico y está solicitando ayuda financiera .**

¿Tiene usted seguro médico? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si respondió «sí», escriba el nombre de su seguro médico: \_\_\_\_\_

Número de dependientes que viven en la casa (número de exenciones que reclama en su declaración de impuestos): \_\_\_\_\_

Ingreso anual: (incluido el de la paciente y su cónyuge): \_\_\_\_\_

Esta solicitud fue completada por: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

**Si se probara que alguna información no fuera verdadera, entiendo que el hospital podría reevaluar mi estado financiero y tomar cualquier acción que fuera pertinente.**

Firma de la paciente (para firmarse al momento de la cita): \_\_\_\_\_

Aprobado por (personal de REX): \_\_\_\_\_

Approved by (REX Staff)

No aprobado por (personal de REX): \_\_\_\_\_

Not Approved by (REX Staff)

**Programa de ayuda de mamografías móviles de REX. Envíe por fax con el formulario de registro al 919-784-4205.**

Este programa es posible gracias a la Rex Healthcare Foundation con fondos del programa NC Triangle to Coast, afiliado del programa Susan G. Komen for the Cure y The Rex Hospital Open.

