

Propocito De Consentimiento: Al firmar esta forma usted nos da consentimiento para usar y divulgar su informacion de salud para darle tratamiento, actividad de pagos, y operaciones de cuidado medico.

Notificacion De Practicas Privadas: Usted tiene el derecho de leer nuestra Notificacion De Privacidad en totalidad antes de que decida a firmar este consentimiento. Nuestro consentimiento provee descripciones de nuestro tratamiento, actividad de pagos, y operaciones de salud, de los usos y divulgaciones que podramos hacer sobre su informacion medica y otra informacion importante sobre su informacion medica. Una copia de nuestra notificacion acompaña este consentimiento. Porfavor de leerlo con cuidado y en totalidad antes de firmar.

Nosotros reservamos el derecho de cambiar nuestra Notificacion De Practicas Privadas como es descrito en nuestra Notificacion De Practicas Privadas. Si cambiamos nuestras practicas de privacidad, daremos una copia modificada de nuestra notificacion de practicas de privacidad, que contendra las modificaciones. Los cambios pueden ser aplicados a su informacion protegida de salud que nosotros mantenemos.

Usted puede obtener una copia de nuestra Notificacion De Practicas Privadas, incluyendo cualquier revision de nuestra notificacion, a cualquier tiempo para contactarnos:

Persona a quien contactar: Catherine Tate, Presidente Telefono (209)952-9300 Direccion: 3031 W. March Lane #336E, Stockton, Ca 95219

Derecho De Revocar: Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento a cualquier tiempo solamente necesita darnos una notificacion en escrito de su revocacion submitida a la persona mencionada arriba. Porfavor entienda que al revocar este consentimiento no afectara cualquier accion que tomaremos en confianza de esta notificacion antes de que recibieramos su revocacion, tenemos derecho de rechazar tratamiento o continuar el tratamiento si usted revoca este consentimiento.

Yo, he tenido oportunidad completa de leer y considerar el contenido de esta forma de consentimiento y la Notificacion De Practicas Privadas. Yo entiendo al firmar esta forma estoy dando consentimiento a descubrimiento de mi informacion medica para tratamiento, actividad de pagos, y operaciones de cuidado medico.

Firma: Fecha:

Si esta forma esta firmada por un representante incluya lo siguiente.: El nombre del representante personal: Relacion al paciente:
Usted tiene derecho de una copia despues de firmar este consentimiento.

AUTORIZACION Y ASIGNAMIENTO DE BENEFICIOS

Nosotros le preguntamos a todos los pacientes que si nos pueden enseñar su aseguranza para hacerle copias. No podemos rendir servicios con la asuncion que nuestros cobros seran pagados por la aseguranza. Todos los servicios son cobrados directamente al paciente, y el o ella queda responsable por el pago. Por cortesia, trataremos de prepararle los reportes necesarios para asistirle en haciendo colecciones de la aseguranza y acreditaremos colecciones a la cuenta del paciente.

Autorizacion De Pago

Yo, autorizo a TOM H. PIATT, M.D. INC para averiguar informacion acerca de mi enfermedad. Yo directo a mi covertedor que pague sin equivocacion directamente al doctor, para el o para ella. Aunque tengo aseguranza hay un porcentaje que yo pueda ser responsable de los cargos. Una copia de esta autorizacion es valido como el original.

Firma Del Paciente: Fecha: Tech:

APELLIDO: PRIMER NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO: SEGURO SOCIAL:

DIRECCION: CIUDAD: CODIGOPOSTAL:

#TEL () CORREO ELECTRONICO:

NOMBRE DEL ASEGURADO:

FECHA DE NACIMIENTO: SEGURO SOCIAL:

REF MD: PREVIOUS BALANCE: PT PAID \$

LOG SC CHARGED BILLED PMT

CUESTIONARIO DE MAMOGRAFÍA

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____

3D SCREENING (77067, 77063) DIAGNOSTIC UNILATERAL (77065, G0279) DIAGNOSTIC BILATERAL (77066, G0279)
BILATERAL W/ IMPLANTS (77066, G0279) 2D SCREENING (77067) BREAST U/S (76641 COMP) BREAST U/S (76642 LIM)

MAMOGRAFÍA PREVIA: SI NO FECHA: ____/____/____ UBICACIÓN: _____

NOMBRE UTILIZADO EN DICHA UBICACIÓN: _____

POSTMENOPÁUSICAS: SI NO ¿AÑO? _____ FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: ____/____/____

NÚMERO DE NIÑOS: _____ EDAD AL PRIMER EMBARAZO: _____ ¿AMAMANTO? SI NO

¿NUEVOS BULTOS EN LOS SENOS? Derecho ____ Izquierdo ____ No ____

¿DOLOR? Derecho ____ Izquierdo ____ No ____

DESCARGA DEL PEZON Derecho ____ Izquierdo ____ RT LT No ____

¿DOCTOR SINTIO LESIÓN EN EXAMEN? Derecho ____ Izquierdo ____ No ____

¿TOMAR PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS? SI ____ NO ____

¿TOMAR HORMONAS? SI ____ NO ____

¿GEN BRCA 1 O 2? SI ____ NO ____

¿HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER DE MAMA? SI ____ NO ____

CÍRCULE: Madre Hermana Hija Abuela Tía

Otro pariente: _____

¿Pre o post menopáusicas? _____

¿CÁNCER DE MAMA ANTERIOR? SI ____ NO ____

¿CIRUGÍA PREVIA DE SENO?

DERECHO: SI ____ NO ____ FECHA: _____ TIPO: _____

IZQUIERDO: SI ____ NO ____ FECHA: _____ TIPO: _____

CÍRCULE EL APROPIADO:

TUMORECTOMÍA: R L MASTECTOMÍA: R L TERAPIA DE RADIACIÓN: R L

ASPIRACIÓN DEL QUISTE: R L BIOPSIA DE LESIÓN BENIGNA: R L QUIMIOTERAPIA: R L

REDUCCIÓN DE MAMAS: R L

IMPLANTES MAMARIOS: R L → Silicona o solución salina? Pre-pectoral or Post-pectoral?

OTRO: _____

DOY MI PERMISO A MAMOGRAFÍAS DE LANZAMIENTO A: Tom H. Piatt, MD, Inc. / Tate Diagnostic Inc.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA: ____/____/____

