



alinea
MEDICAL IMAGING

BREAST HEALTH

REFERRING PHYSICIAN'S OFFICE

NAME:
ADDRESS:
TEL:
FAX:

TOLL-FREE: (844) 674-1295

Date: _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Exam Date: _____ Time: _____

PATIENT INSTRUCTIONS:

- Do not use powder, deodorant, or perfume on day of exam. Please wear a two-piece outfit for your convenience.
- Please bring previous mammograms if performed at another institution.

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE:

- No use talco, desodorante o perfume en el día del examen. Por favor, use un traje de dos piezas para su conveniencia.
- Por favor traer mamografías anteriores que hayan sido realizadas en otra institución.

PHYSICIAN REFERRAL

- SCREENING MAMMOGRAM**
- Asymptomatic women
 - General pain or non focal complaints
 - History of breast cancer with mastectomy/ screening of contralateral breast

- DIAGNOSTIC VIEWS or US**
to be scheduled if needed

BREAST ULTRASOUND

- BILAT R L

Please check all that apply:

- Palpable abnormality
- Evaluation of nipple discharge
- Follow up ultrasound detected lesion
- Evaluation of known breast cancer
- Evaluate silicone implant for rupture

BREAST BIOPSY

- Stereotactic R L
US Guided R L

DIAGNOSTIC MAMMOGRAM

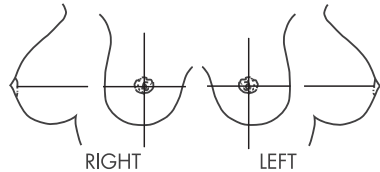
Include Breast Ultrasound if needed.

- BILAT R L

Please check all that apply:

- Call back for incomplete screening exam
- Focal palpable mass / focal pain
- Focal skin changes
- Bloody nipple discharge
- History of breast cancer within last 5 years
- Other _____

Please indicate area of concern



Clinical indication/diagnosis: _____

Physician's Full Name: _____

Physician's Signature: _____

2700 N. Main Street, #1107 Santa Ana, CA 92705 P (714) 380-6740 | F (909) 622-8046
1818 N. Orange Grove Ave, #101 Pomona, CA 91767 P (909) 622-3166 | F (909) 622-8046

www.alineamed.com

APELLIDO		PRIMER NOMBRE			MI
DOMICILIO		APT#	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YY)	AÑOS	SEXO	SEGURO SOCIAL#	CORREO ELECTRÓNICO	
TELÉFONO MÓVIL		TELÉFONO ALTERNATIVO		ESTADO DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> NUEVO <input type="checkbox"/> DEVOLUCION	
FORMA DE PAGO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO-IPA <input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> MEDI-CAL <input type="checkbox"/> EWC <input type="checkbox"/> SELF-PAY <input type="checkbox"/> BILL DOCTOR/CLINIC					
SEGURO PORTADOR / GRUPO MÉDICO		IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO#		GRUPO#	
SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS, NOMBRE DEL PADRE QUE ACOMPAÑA					
MÉDICO DE REFERENCIA					
<p>CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA</p> <p>Doy mi consentimiento y autorizo la administración de todos los tratamientos diagnósticos y terapéuticos por parte de los radiólogos de Alinea Medical Imaging que puedan ser considerados necesarios o necesarios a criterio del radiólogo a cargo. Autorizo a Alinea a proporcionarle a mi (s) aseguradora (s) información (s) sobre mi historial, hallazgos físicos y tratamiento prestado.</p> <p>X FECHA</p>					
<p>AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS Y ACEPTACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD DE PAGO</p> <p>Autorizo el pago de beneficios directamente al proveedor por los servicios prestados. Además, en el caso de que mi (s) compañía (s) de seguros rechacen el pago por los servicios prestados, acepto que se me considerará económicamente responsable del pago.</p> <p>X FECHA</p>					
<p>PUBLICACIÓN PREVIA DE LA PELÍCULA Y DE LOS INFORMES</p> <p>Por la presente, autorizo la publicación de mis películas e informes, además de los informes de Patología Quirúrgica relacionados con mi historial médico pasado, a las instalaciones de Alinea Medical Imaging.</p> <p>Por la presente, autorizo a Alinea Medical Imaging para que publique mis películas e informes a cualquier médico solicitante o centro médico que brinde mi atención médica para continuar el tratamiento en mi atención médica. Esta autorización permanecerá vigente por 1 año a partir de la fecha de mi firma.</p> <p>X FECHA</p>					

OFFICIAL USE

MRN: _____ DOS: ____ / ____ / ____ Acc#: _____ Tech: _____ TA: _____

Staff Comments: *(does not appear on report)*

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
Edad: _____ Fecha de Nac: _____ Fecha de hoy: _____

USO OFICIAL
MRN: _____

¿Cuándo fue su mamografía previa? MES / AÑO _____ ¿DÓNDE? _____

¿Estás actualmente embarazada o amamantando? NO SÍ Fecha de su último período menstrual: _____

1. SALUD MAMARIA: ¿ACTUALMENTE TIENE ALGÚN PROBLEMA CON SUS SENOS? NO SÍ
En caso afirmativo, complete lo siguiente:

- Bolita Derecha Izquierda Ambos ¿Cuánto tiempo? _____
- Dolor o sensibilidad Derecha Izquierda Ambos ¿Cuánto tiempo? _____
- Infección o inflamación Derecha Izquierda Ambos ¿Cuánto tiempo? _____
- Lesión mamaria reciente Derecha Izquierda Ambos ¿Cuánto tiempo? _____
- Anormalidad del pezón Derecha Izquierda Ambos ¿Cuánto tiempo? _____
- Secreción del pezón Derecha Izquierda Ambos ¿Cuánto tiempo? _____

Por favor describa:

2. HISTORIA DEL CÁNCER DE MAMA: ¿Alguna vez te han diagnosticado cáncer de mama? NO SÍ
En caso afirmativo, complete lo siguiente:

- ¿Qué mama? Derecha Izquierda Ambos ¿Le diagnosticaron en los últimos dos años? _____ ¿Qué edad? _____
- ¿Qué tratamientos recibió? Lumpectomía Mastectomía Reconstrucción del seno
 Terapia de radiación Quimioterapia Le ha recetado Tamoxifen or Evista
- ¿Tiene una mutación en el gen BRCA1 o BRCA2? Nunca Examinado Examinado Es normal BRCA1+ BRCA2+

2. HISTORIA DEL CÁNCER PERSONAL: ¿Alguna vez le han diagnosticado otros tipos de cáncer? NO SÍ
En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Tipo / ubicación de cáncer: _____ ¿Qué edad? _____

3. IMPLANTES: ¿Tienes implantes de los senos? NO SÍ
En caso afirmativo, complete lo siguiente:

¿Tipo de implante? Desconocida Salino Silicona

4. PROCEDIMIENTOS: ¿Ha tenido procedimientos de mama ... Biopsia, Reducción, Resonancia Magnética, etc.? NO SÍ
En caso afirmativo, complete lo siguiente:

- Reducción de senos Derecha Izquierda Ambos
- Biopsia de seno Aguja Quirúrgico Ambos
- Otro: _____

Describe el procedimiento que incluye los resultados de la biopsia:

5. HISTORIA FAMILIAR: ¿Han diagnosticado a los miembros de su familia cáncer de mama o de ovario? NO SÍ
En caso afirmativo, marque la relación y la edad del diagnóstico:

- Madre Hermana Abuela materna Abuela paterna Tía materna Tía paterna
- Edad: _____ Edad: _____ Edad: _____ Edad: _____ Edad: _____ Edad: _____

6. ACEPTACIÓN:

Me han advertido sobre la importancia de la mamografía de detección anual después de los 40 años.

Firma del paciente: _____ Date: _____

**ACUERDO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
RENUNCIA, ASUNCIÓN DE RIESGO, Y LIBERACIÓN**

Nombre del paciente: _____

Reconozco que Alinea Medical Imaging, corporación profesional me informó que cumplen con los requisitos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades para ayudar a prevenir la propagación del coronavirus. Estos incluyen el uso de Equipos de Protección Personal, Mayor Desinfección de Instalaciones, Detección de Pacientes y Empleados y Distancia Social siempre que sea posible.

Al firmar este acuerdo, reconozco la naturaleza contagiosa del coronavirus y asumo voluntariamente el riesgo y acepto la responsabilidad exclusiva de que pueda estar expuesto/a o infectado/a por el coronavirus visitando el Centro y que dicha exposición o infección puede resultar en lesiones personales, enfermedades, discapacidad permanente y/o muerte. Siendo consciente de estos riesgos y del hecho de que existen otros riesgos potenciales y/o complicaciones desconocidas, sigue siendo mi deseo visitar el Centro.

Chequé a continuación lo que se le aplique a usted:

- Al firmar a continuación, afirmo que **no he sido diagnosticado/a con coronavirus. No he sido autorizado/a** como no contagioso/a por un médico, estado o autoridades locales de salud pública. Afirmo además que **no creo que haya estado expuesto/a** a una persona con un caso confirmado o sospechoso de coronavirus. **No estoy experimentando ningún nuevo síntoma primario de enfermedad relacionada con coronavirus como fiebre, tos, dificultad para respirar; o una combinación de cualquier síntoma adicional incluyendo escalofríos, dolor muscular, dolor de cabeza, dolor de garganta y/o pérdida de sabor u olor.** Estoy siguiendo las instrucciones recomendadas en la mayor medida posible, por ejemplo, practicando el distanciamiento social participando en actividades grupales de menos de diez, tratando de mantener la separación de seis pies de los demás, y limitando de lo contrario mi exposición al coronavirus.
- Al firmar a continuación, afirmo que **me han diagnosticado con el coronavirus. He sido despejado/a como no contagioso/a** por un médico, estado o autoridades locales de salud pública. **He estado libre de síntomas** sin medicación para reducir la fiebre durante al menos 72 horas antes de mi cita programada. **He proporcionado al Centro confirmación verbal o escrita** de mi médico de referencia que estoy fuera de mi periodo de cuarentena. **No creo que haya estado más expuesto/a** a una persona con un caso confirmado o sospechoso de coronavirus. **No estoy experimentado ningún nuevo síntoma primario de enfermedad relacionada con coronavirus, como fiebre, tos, dificultad para respirar; o una combinación de cualquier síntoma adicional incluyendo escalofríos, dolor muscular, dolor de cabeza, dolor de garganta y/o pérdida de sabor u olor.** Estoy siguiendo las instrucciones recomendadas en la mayor medida posible, por ejemplo, practicando el distanciamiento social participando en actividades grupales de menos de diez, tratando de mantener la separación de seis pies de los demás, y limitando de lo contrario mi exposición al coronavirus.
- Al afirmar a continuación, afirmo que, si he estado expuesto/a a una persona con un caso confirmado o sospechoso de coronavirus, he usado el equipo de protección personal adecuado.

Firma: _____
Paciente (o Parte Responsable del Paciente si corresponde)

Fecha: _____

Staff Signature: _____ Print Staff Name: _____ Date _____

Name / Nombre _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento _____

You are here for a mammogram without a Doctor's Order. Alinea Medical Imaging agrees to perform the mammogram. We will send you the clinical exam report for future reference and a lay letter (the report in easy to understand terms). We usually mail out reports with-in 5 working days of the exam. If you have positive results and need further imaging or care, we will provide you with a current list of MD's, clinics, and organizations that may be able to help you get the recommended follow-up care with little or no cost to you.

Usted esta aqui para una mamografia sin una orden de un doctor. Alinea Medical Imaging se compromete a realizar la mamografia. Nosotros le mandaremos el informe clinico para su referencia en un futuro y una carta con un reporte facil de entender. Usualmente mandamos los reportes 5 dias de la fecha del examen. Si tiene resultados positivos y necesita mas imagenes o cuidado, le daremos una lista de doctores, clinicas, y organizaciones que podran ayudarla a obtener el cuidado recomendado con poco o ningun costo para usted.

Alinea Medical Imaging will be under no circumstance legally bound to ensure that you are seen / or that you are given follow-up care. You, as the patient will assume all responsibility for any / all follow-up care or treatment should any be necessary.

Alinea Medical Imaging no sera en ningun caso legalmente obligado en asegurarse que usted sea vista o que se le de seguimiento. Usted como paciente asume toda responsabilidad de cualquier seguimiento o cuidado si es necesario.

SIGNING BELOW INDICATES THAT I HAVE READ AND UNDERSTOOD THE INFORMATION ABOVE AND AGREE TO PROCEED WITH THE MAMMOGRAM EXAMINATION.

MI FIRMA, QUE APARECE A CONTINUACION, INDICA QUE HE LEIDO ENTENDIDO LA INFORMACION ANTERIOR Y QUE DOY MI CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER CON LA MAMOGRAFIA.

X: _____
PATIENT SIGNATURE / FIRMA DEL PACIENTE

Date / Fecha _____

ALINEA REPRESENTATIVE

Date: _____

Do you currently have a doctor that you would like your results sent to? YES/SÍ NO
¿Tiene actualmente un médico que le gustaría que sus resultados sean enviados a?

If yes, please provide the doctor's information below / En caso afirmativo, proporcione información del médico a continuación:

Doctor's name / Nombre del doctor _____

Address / Dirección _____

Telephone _____

Fax _____

Since you have implants we need to advise you of the following:

- The implant obscures some of the tissue so two sets of images will be taken when possible to visualize as much tissue as possible. One set of images will have the implant in the picture and another will be taken with the implant moved out of the picture.
- Implant ruptures are rare but have occurred. Like a balloon, an implant that is old or weakened can rupture at any time. This is an extremely rare occurrence but cannot be ruled out, as the condition of the implant cannot always be verified by feel prior to the mammogram.

In the first set of pictures, slight compression will be applied to your entire implant to hold it in place and prevent motion. These films are often helpful in visualizing a rupture that occurred previously. If a rupture is seen on the images the radiologist will note this in the report to your physician. Your doctor may then order an MRI as this is a more sensitive tool to look for or to view the extent of a rupture.

A second set of pictures will be taken if your implant is movable by pushing your implant back to look at the tissue in front of the implant. Normal compression must be applied and similar to a mammogram of a breast without an implant this compression may cause some slight discomfort but lasts only a few seconds. It is sometimes unavoidable to catch a tiny bit of the implant under the compression and if there is a weakness in the capsule this might cause it to leak. The same could happen if you hit that spot with any object.

Since occurrence of a rupture during mammography is rare and the benefit of mammography in early detection has been proven, we hope that you will proceed to allow us to perform your implant mammogram. Mammography is the earliest form of detection for changes in the breast but mammography is not perfect and does not detect all changes.

Puesto que usted tiene implantes tenemos que informarle de lo siguiente:

- El implante oscurece parte del tejido por lo que se tomarán dos conjuntos de imágenes siempre que sea posible para visualizar la mayor cantidad de tejido posible. Un conjunto de imágenes tendrá el implante en la imagen y otra se toma con el implante fuera de la foto.
- Roturas de implantes son raros, pero han ocurrido. Como un globo, un implante que es de edad o debilitado puede romperse en cualquier momento. Este es un acontecimiento extremadamente raro, pero no se puede descartar, como la condición de que el implante no puede siempre ser verificada por el tacto antes de la mamografía.

En el primer conjunto de imágenes, ligera compresión se aplicará a la totalidad de su implante para mantenerlo en su lugar y evitar el movimiento. Estas imágenes suelen ser útiles en la visualización de una ruptura que se produjo con anterioridad. Si la ruptura se ve en las imágenes el radiólogo tomará nota de ello en el informe a su médico. Luego, su médico puede ordenar una resonancia magnética, ya que es una herramienta más sensible para buscar o para ver el alcance de una ruptura.

Se tomará una segunda serie de imágenes si el implante se puede mover empujando su implante hacia atrás para mirar el tejido delante del implante. Compresión normal debe ser aplicada y similar a una mamografía de un seno sin un implante esta compresión puede causar una ligera molestia, pero dura sólo unos pocos segundos. A veces es inevitable para coger un poco de el implante bajo la compresión y si hay una debilidad en la cápsula que esto podría provocar que se generen fugas. Lo mismo podría suceder si usted golpea ese lugar con cualquier objeto.

La aparición de una ruptura durante la mamografía es poco común y el beneficio de la mamografía en la detección temprana se ha demostrado, esperamos que procederá a permitirnos realizar la mamografía implante. La mamografía es la forma más reciente de la detección de cambios en la mama, pero la mamografía no es perfecta y no detecta todos los cambios.

X: _____
PATIENT SIGNATURE / FIRMA DEL PACIENTE

Date / Fecha _____

ALINEA REPRESENTATIVE

Date: _____