



a Rezolut partner

PATIENT REGISTRATION FORM

CONTACT: (909) 622-3166

LAST NAME		FIRST		MI	
STREET		APT#		CITY	
				STATE	
				ZIP CODE	
DATE OF BIRTH (MM/DD/YY)	AGE	SEX	SOCIAL SECURITY#	EMAIL	
CELL PHONE		ALTERNATE PHONE		PATIENT STATUS	
				<input type="checkbox"/> NEW <input type="checkbox"/> RETURNING	
METHOD OF PAYMENT					
<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					
INSURANCE CARRIER / MEDICAL GROUP			MEMBER ID#		GROUP#
IF PATIENT IS UNDER 18, ACCOMPANYING PARENT NAME					
REFERRING PROVIDER / CLINIC					
<p>CONSENT TO TREATMENT AND AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION</p> <p>I consent to and authorize the administration of all diagnostic and therapeutic treatments by Alinea Medical Imaging radiologists that may be considered advisable or necessary in the judgement of the attending radiologist. I authorize Alinea to furnish my insurance carrier(s) information regarding my history, physical findings and treatment rendered.</p>					
X			DATE		
<p>AUTHORIZATION TO PAY BENEFITS AND ACCEPTANCE OF PAYMENT RESPONSIBILITY</p> <p>I authorize payment of benefits directly to the provider for the services rendered. In addition, in the event that my insurance carrier(s) refuse payment for services rendered, I agree that I will be held financially responsible for payment.</p>					
X			DATE		
<p>PRIOR FILM AND REPORT RELEASE</p> <p>I hereby authorize the release of my films and reports in addition to any Surgical Pathology reports pertaining to my past medical history to: Alinea Medical Imaging facilities.</p> <p>I hereby authorize Alinea Medical Imaging to release my films and reports to any requesting physician or medical facility providing my medical care for continuing treatment in my health care. This authorization will remain in effect for 1 year from the date of my signature.</p>					
X			DATE		

OFFICIAL USE

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

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

Last: _____ First: _____ MI: _____
 Age: _____ Date of Birth: _____ Today's Date: _____

OFFICIAL USE
MRN: _____

When was your last mammogram? MONTH/YEAR _____ Where? _____

Are you currently pregnant or breastfeeding? NO YES Date of your last menstrual period: _____

1. BREAST HEALTH: Are you currently having any problems with your breasts? NO YES
 If yes, please fill out the following:

- Lump Right Left Both How Long? _____
- Pain or Tenderness Right Left Both How Long? _____
- Infection or Inflammation Right Left Both How Long? _____
- Recent Breast Injury Right Left Both How Long? _____
- Nipple Abnormality Right Left Both How Long? _____
- Nipple Discharge Right Left Both How Long? _____

Please describe:

2. BREAST CANCER HISTORY: Have you ever been diagnosed with breast cancer? NO YES
 If yes, please fill out the following:

- Which Breast? None Right Left Both Were you diagnosed in the last two years? _____ What age? _____
- Which treatments did you receive? Lumpectomy Mastectomy Breast Reconstruction
 Radiation Therapy Chemotherapy Prescribed Tamoxifen or Evista
- Do you have a mutation in either the BRCA1 or BRCA2 gene? Never Tested Tested Normal BRCA1+ BRCA2+

3. PERSONAL CANCER HISTORY: Have you ever been diagnosed with other cancers? NO YES
 If yes, please fill out the following:

Cancer Type/Location: _____ What age? _____

4. IMPLANTS: Do you have implants? NO YES
 If yes, please fill out the following:

Implant Type? Unknown Saline Silicone

5. PROCEDURES: Have you had any breast procedures... Biopsy, Reduction, MRI, etc.? NO YES
 If yes, please fill out the following:

- Breast Reduction/lift Right Left Both
- Breast Biopsy Right Left Both
- Other: _____

Please describe procedure including biopsy results:

6. FAMILY HISTORY: Have family members been diagnosed with breast or ovarian cancer? NO YES
 If yes, please mark the relationship as well as the age of diagnosis:

- Mother Sister Maternal Grandmother Paternal Grandmother Maternal Aunt Paternal Aunt
- Age: _____ Age: _____ Age: _____ Age: _____ Age: _____ Age: _____

7. ACCEPTANCE:

I have been instructed regarding the importance of annual screening mammography after the age of 40.

Patient Signature: _____ Date: _____



a Rezolut partner

INFORMED CONSENT AGREEMENT:
WAIVER, ASSUMPTION OF RISK, & RELEASE

Name of Patient: _____

I acknowledge that Alinea Medical Imaging, PC informed me that they are compliant with the Centers for Disease Control & Prevention guidelines to help prevent the spread of COVID-19. These include use of Personal Protective Equipment, Increased Facility Disinfection, Patient and Employee Screening and Social Distancing where possible.

By signing this agreement, I acknowledge the contagious nature of COVID-19 and voluntarily assume the risk and accept sole responsibility that I may be exposed to or infected by COVID-19 by visiting the Center and that such exposure or infection may result in personal injury, illness, permanent disability, and/or death. Being aware of these risks and the fact that there are other unknown potential risks and/or complication, it is still my desire to visit the Center.

Check below which applies to you:

- By signing below, I affirm that I have not been diagnosed with COVID-19. I have not been cleared as noncontagious by a physician, state or local public health authorities. I further affirm that I do not believe that I have been exposed to a person with a confirmed or suspected case of COVID-19. I am not experiencing any new primary symptoms of illness related to COVID-19 such as a fever, cough, shortness of breath; or a combination of any additional symptoms including chills, muscle pain, headache, sore throat and/or loss of taste or smell. I am following recommended guidelines to the greatest extent possible, e.g., practicing social distancing by participating in group activities of fewer than ten, trying to maintain separation of six feet from others, and otherwise limiting my exposure to the coronavirus.
By signing below, I affirm that I have been diagnosed with COVID-19. I have been cleared as noncontagious by a physician, state or local public health authorities. I have been symptom free without fever reducing medication for at least 72 hours prior to my scheduled appointment. I have provided to the Center verbal or written confirmation from my referring physician that I am outside of my quarantine period. I do not believe that I have been further exposed to a person with a confirmed or suspected case of COVID-19. I am not experiencing any new primary symptoms of illness related to COVID-19 such as a fever, cough, shortness of breath; or a combination of any additional symptoms including chills, muscle pain, headache, sore throat and/or loss of taste or smell. I am following recommended guidelines to the greatest extent possible, e.g., practicing social distancing by participating in group activities of fewer than ten, trying to maintain separation of six feet from others, and otherwise limiting my exposure to the coronavirus.
By signing below, I affirm that if I have been exposed to a person with a confirmed or suspected case of COVID-19, I have worn appropriate Personal Protective Equipment.

Signature: _____
Patient (or Patient Responsible Party if applicable)

Date _____

Staff Signature: _____ Print Staff Name: _____

Date _____

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 permitimos 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: _____

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: <i>(does not appear on report)</i>					

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: _____

Preparing for a Mammogram

- To help minimize discomfort during mammography, schedule your mammogram to take place 1 week before your period (when breasts are less tender).
- If possible, bring your previous mammogram with you, or bring a list of where you have had previous mammograms with you to your appointment.
- Do not wear
 - Talcum powder
 - Deodorant
 - Lotion
 - Perfume under your arms or on your breasts.
- Wear a two-piece outfit so that you only have to remove your top and bra for the exam.
- Any jewelry worn (especially earrings and necklaces) should be easily and quickly removable.
- Any breast symptoms or problems that a you are experiencing should be described to the technologist performing the exam. You should also be prepared to discuss with the mammogram technologist any related history
 - prior surgeries
 - hormone use
 - family or personal history of breast cancer
 - Prior to the mammogram, you should discuss any new findings or problems in your breast with your clinician



Preparing for a Mammogram

- Para ayudar a minimizer la molestia durante la mamografía, programe su mamografía para que se realice 1 semana antes de su periodo (cuando los senos están mas sensibles).
- Si es posible, traiga los resultados de sus mamografías anteriores o lleve a su cita una lista de las mamografías anteriores.
- Por favor de no usar or ponerse
 - Polvo de talco
 - Desodorante
 - Loción
 - Perfume debajo de los brazos o en los senos
- Use un traje de ropa de dos piezas
- Cualquier joyería usada (especialmente aretes y collares) debe ser fácil y rápidamente removible
- Cualquier síntoma o problema de seno que este experimentando debe describirse a la tecnóloga que realiza el examen. También debe esta preparada para discutir con la tecnóloga de mamografía cualquier historia relacionada
 - Cirugías previas
 - Uso de hormonas
 - Antecedentes familiares o personales de cáncer de seno
 - Antes de la mamografía, debe analizar cualquier hallazgo nuevo o problema en su seno con su medico

