



Tech Initials: _____

PATIENT INFORMATION (INFORMACIÓN DE LA PACIENTE)

MRN #: _____

Name: _____ (Nombre)	Date of Birth: _____ (Fecha de Nacimiento)	Age: _____ (Edad)	Date of last mammogram: _____ (Fecha de su último mamograma)
Reason for today's exam: ☐ First mammogram ever ☐ Annual mammogram (Razón por su examen hoy) (Primer mamograma) (Mamograma anual)			
New symptoms may require Doctor's order ☐ New symptom/problem ☐ 6-month follow-up (*nuevos síntomas pueden requerir órdenes de un Doctor) (Nuevo síntoma/problema) (Seguimiento de 6 meses)			
*Describe your <u>new</u> breast problem and how long you have had it (if applicable): _____ (*Describa su <u>nuevo</u> problema en los senos y por cuánto tiempo lo ha tenido (si se aplica))			

MEDICAL INFORMATION AND RISK ASSESSMENT

(INFORMACIÓN MÉDICA Y ASESORÍA DE RIESGOS)

FAMILY HISTORY (HISTORIAL FAMILIAR)

1. Has anyone in your Family been diagnosed with breast cancer? ☐ Yes (Sí) ☐ No (No) (¿Alguien en su Familia ha sido diagnosticada con cáncer del seno?)	☐ Mother/age _____ (Madre/edad)	☐ Daughter/age _____ (Hija/edad)	☐ Sister/age _____ (Hermana/edad)
✓ If Yes, please check the relative and age at time of diagnosis: (Si Sí, por favor marque su familiar y anote su edad cuando fue diagnosticada)	☐ Aunt/age _____ (Tía/edad)	☐ Maternal ☐ Paternal (Materna) (Paterna)	☐ Grandmother/age _____ (Abuela/edad)
		☐ Maternal ☐ Paternal (Materna) (Paterna)	

PERSONAL HISTORY (HISTORIAL PERSONAL)

1. Race: (Raza)	☐ White ☐ African American ☐ Hispanic ☐ Unknown (Blanca) (Afroamericana) (Hispana) (Desconocido)
	☐ Asian-American ☐ American Indian/Alaskan Native (Asiático-Americana) (India Americana/Nativa de Alaska)
2. Ethnicity (If applicable): (Etnia (si se aplica))	☐ Chinese ☐ Japanese ☐ Filipino ☐ Hawaiian (China) (Japonesa) (Filipina) (Hawaiana)
	☐ Other Pacific Islander ☐ Other Asian-American (Otro Isleño del Pacífico) (Otro Asiático-Americana)
3. Have you previously been diagnosed with breast cancer? (¿Usted ha sido diagnosticada anteriormente con cáncer del seno?)	☐ Yes ☐ No (Sí) (No)
4. Do you have a history of female cancer? (Ovarian, uterine, cervical) (¿Usted tiene historial de cáncer femenino? (Ovárico, uterino, cervical))	☐ Yes ☐ No (Sí) (No)
5. Known BRCA1 or BRCA2 mutation or similar genetic syndrome? (¿Tiene la mutación BRCA1 o BRCA2 o algún síndrome genético similar?)	☐ Yes ☐ No (Sí) (No)
6. Do you take hormones? (¿Toma hormonas?)	☐ Yes ☐ No (Sí) (No)
✓ If Yes, please check the ones you are currently using: (Si Sí, por favor marque las que está tomando)	☐ Birth control ☐ Estrogen ☐ Progesterone (Anticonceptivo) (Estrógeno) (Progesterona)
 Length of time on hormones: _____ ☐ Months ☐ Years	☐ Tamoxifen ☐ Evista ☐ Arimidex (Tamoxifeno) (Evista) (Arimidex)
(Tiempo que lleva tomando hormonas) (Meses) (Años)	

7. Age at <u>first</u> menstrual period? <i>(Edad cuando tuvo su <u>primer</u> periodo menstrual)</i>	☐ Age 7-11 <i>(Edad 7-11)</i>	☐ Age 12-13 <i>(Edad 12-13)</i>	☐ Age 14 or older <i>(Edad 14 o mayor)</i>
8. Date of your <u>last</u> menstrual period: _____ <i>(Fecha de su <u>último</u> periodo menstrual)</i>			
9. Are you <u>post menopausal</u>? <i>(¿Está en la etapa <u>posmenopáusica</u>?)</i>	☐ Yes <i>(Sí)</i>	☐ No <i>(No)</i>	
10. Are you pregnant? <i>(¿Está embarazada?)</i>	☐ Yes <i>(Sí)</i>	☐ No <i>(No)</i>	
11. Age when you had your first child? <i>(¿Edad cuando tuvo su primer hijo/a?)</i>	☐ No Births <i>(Cero Partos)</i>	☐ Under 20 <i>(Menor de 20)</i>	☐ Age 20-24 <i>(Edad 20-24)</i>
	☐ Age 25-29 <i>(Edad 25-29)</i>	☐ Age 30 + <i>(Edad 30 o Mayor)</i>	☐ Unknown <i>(No sé)</i>

BREAST PROCEDURES (PROCEDIMIENTOS DE LOS SENOS)

1. History of breast biopsy? <i>(¿Historial de biopsia de seno?)</i> ✓ If Yes, how many times? <i>(Si Sí, ¿cuántas veces?)</i> Did any of the biopsies show <i>atypical</i> hyperplasia? <i>(or other high risk marker on biopsy?)</i> <i>(¿Alguna de las biopsias mostró hiperplasia atípica?)</i> <i>(¿o algún otro marcador de alto riesgo se mostró en la biopsia?)</i>	☐ Yes <i>(Sí)</i>	☐ No <i>(No)</i>	☐ Rt <i>(Der)</i>	☐ Lt <i>(Izq)</i>	Date(s): _____ <i>(Fecha/s)</i>	
	☐ 1 <i>(1)</i>	☐ More than 1 <i>(Más de 1)</i>				
	☐ Yes <i>(Sí)</i>	☐ No <i>(No)</i>				
2. History of mastectomy? <i>(¿Historial de mastectomía?)</i>	☐ Yes <i>(Sí)</i>	☐ No <i>(No)</i>	☐ Rt <i>(Der)</i>	☐ Lt <i>(Izq)</i>	☐ Bilateral <i>(Bilateral)</i>	Date: _____ <i>(Fecha)</i>
3. History of lumpectomy? <i>(¿Historial de lumpectomía?)</i>	☐ Yes <i>(Sí)</i>	☐ No <i>(No)</i>	☐ Rt <i>(Der)</i>	☐ Lt <i>(Izq)</i>	☐ Bilateral <i>(Bilateral)</i>	Date: _____ <i>(Fecha)</i>
4. Treatment: <i>(Tratamiento)</i>	☐ Chemotherapy <i>(Quimioterapia)</i>		☐ with radiation <i>(con radiación)</i> ☐ without radiation <i>(sin radiación)</i>			
5. History of breast reduction surgery? <i>(¿Historial de cirugía de reducción de senos?)</i>	☐ Yes <i>(Sí)</i>	☐ No <i>(No)</i>	Date: _____ <i>(Fecha)</i>			
6. History of breast implant surgery? <i>(¿Historial de cirugía de implantes de senos?)</i>	☐ Yes <i>(Sí)</i>	☐ No <i>(No)</i>	Date: _____ <i>(Fecha)</i>			

Patient Signature: _____
(Firma de la Paciente)

Date: _____
(Fecha)



Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ N.º Registro Méd.: _____
Apellido anterior (si corresponde): _____

Por favor, proporcione la siguiente información para que podamos obtener las imágenes de su última mamografía y/o expedientes de otras imágenes para hacer la comparación.

Nombre de la Institución: _____
Dirección de la Institución: _____
Ciudad/Estado/Código Postal: _____
N.º de teléfono/ N.º de fax: _____

Autorizo y solicito que se le entregue todo el historial médico, incluso copias de los informes que se encuentren en su poder a Diagnostic Imaging Centers, P.A.

Nombre en Letras de Imprenta por favor

X _____
Firma del paciente o persona autorizada

Fecha



REPORTS: Please fax reports to our Mobile Mammography Department at (913) 955-3744. If you need to speak to one of our Mobile Mammography Team Members, you can reach them at 913-222-9758 or 913-602-6692.



IMAGES: If you are unable to cloud images, please mail CD to our Medical Records department.
Diagnostic Imaging Centers, P.A.
6650 W. 110th St. Suite 100
Overland Park, KS 66211

Thank you!

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

N. ° Registro Méd #: _____ Fecha de Consulta: _____
Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ N.° de Seguro Social: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
N.° de teléfono de Casa: _____ N.° de teléfono del día: _____ Correo Electrónico: _____
Médico Solicitante: _____



Por poner mis iniciales en esta línea, verifico que he revisado la información anterior y es correcta.

INFORMACIÓN DEL GARANTIZADOR

Relación al paciente: _____ Nombre: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

Plan: _____ N.° de póliza: _____
N.° de Grupo: _____ Relación del asegurado al paciente: _____
Nombre del asegurado (si no es el paciente): _____ Fecha de Nacimiento del asegurado: _____
N.° de Seguro Social del asegurado (si no es el paciente): _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Plan: _____ N.° de póliza: _____
N.° de Grupo: _____ Relación del asegurado al paciente: _____
Nombre del asegurado (si no es el paciente): _____ Fecha de Nacimiento del asegurado: _____
N.° de Seguro Social del asegurado (si no es el paciente): _____

AVISO/RESPONSABILIDAD OBLIGATORIA

Por favor de poner sus iniciales antes de cada declaración:

1. _____ Por este medio, autorizo y solicito pago a Diagnostic Imaging Centers, P.A. por cualquier beneficio médico bajo los términos de mi póliza de seguro médico para los servicios proporcionados. Además, autorizo la divulgación de toda la información necesaria incluso reportes, imágenes y resultados sanitarios como solicitado por mi(s) compañía(s) aseguradora(s).
2. _____ Me informó Diagnostic Imaging Centers, P.A. que hay posibilidad que mi procedimiento esté un servicio no cubierto por mi seguro médico. Entiendo que los cargos por todos los servicios proporcionados, pero no cubiertos por mi seguro médico pueden ser mi responsabilidad financiera.
3. _____ Autorizo la divulgación de todo o cualquier parte de mi historial médico a cualquier proveedor de cuidado de salud o institución que determino

Firma del paciente o persona autorizada

Fecha



DIAGNOSTIC IMAGING CENTERS, P.A.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Notificación al paciente:

Se requiere proporcionar al paciente una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, lo cual declara como podemos utilizar y/o ceder su información médica. Por favor, firme este Aviso de Prácticas de Privacidad. Si lo desea, puede reusarse de firmar este Aviso de Prácticas de Privacidad.

Declaro que he recibido una copia de Las Prácticas de Privacidad de Diagnostic Imaging Centers, P.A.

Nombre en Letras de Imprenta por favor

Firma

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

We have made every effort to obtain written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy from this patient but it could not be obtained because:

- ☐ The patient refused to sign.
- ☐ Due to an emergency situation it was not possible to obtain an acknowledgement.
- ☐ We weren't able to communicate with the patient.
- ☐ Other *(Please provide specific details)*

Employee signature

Date

HIPAA Acknowledgement of Receipt of the Notice of Privacy Practices

This form does not constitute legal advice and covers only federal, not state, law.

Form # HP004

Revised: 12-11-14



DIAGNOSTIC IMAGING CENTERS, P.A.

Las vacunas de todos tipos pueden resultar en hinchazón temporal de los ganglios linfáticos debajo del brazo. Esta hinchazón generalmente es una señal de que el cuerpo está produciendo anticuerpos y es una respuesta normal. Pedimos la siguiente información en caso de que veamos un cambio en su mamografía.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Vacuna en los últimos 90 días: ☐ Sí ☐ No Fecha de la vacuna: _____

☐ Brazo derecho ☐ Brazo izquierdo Tipo de vacuna: _____



www.dic-KC.com

913-344-9989 • 816-444-9989

☐ INDEPENDENCE
4911 S Arrowhead Dr #100
Independence, MO 64055

☐ ST. JOSEPH
3937 Sherman Ave
St. Joseph, MO 64506

☐ LEE'S SUMMIT
301 NE Mulberry St #100
Lee's Summit, MO 64086

☐ OLATHE
13795 S Mur-Len Rd #100
Olathe, KS 66062

☐ PLAZA
4801 Main St #200
Kansas City, MO 64112

☐ OVERLAND PARK
6650 W 110th St #100
Overland Park, KS 66211

☐ KC NORTH
303 NE Englewood Rd
Kansas City, MO 64118

☐ WYANDOTTE COUNTY
9201 Parallel Pkwy
Kansas City, KS 66112

☐ LIBERTY
9151 NE 81st Ter #250
Kansas City, MO 64158

☐ MOBILE 3D
MAMMOGRAPHY



Fecha de la cita _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Favor de responder "Sí" o "No" a las preguntas siguientes. Favor de proporcionar información en más detalle si procede

¿Ha dado positivo por coronavirus?

☐ Sí ☐ No

- Fecha de los resultados de la prueba: _____

¿Ha estado en contacto cercano con una persona que ha dado positivo por coronavirus durante las últimas dos semanas?

☐ Sí ☐ No

¿Tiene el paciente los síntomas siguientes?

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Fiebre _____°F/escalofríos | ☐ Sí | ☐ No |
| • Tos reciente/dificultad de respirar reciente | ☐ Sí | ☐ No |
| • Dolor abdominal reciente/diarrea | ☐ Sí | ☐ No |
| • Pérdida nueva de gusto u olfato | ☐ Sí | ☐ No |
| • Otros síntomas gripales | ☐ Sí | ☐ No |

Firma de paciente o tutor legal: _____

Screening Initials _____