

**Inner Images, Inc.**  
**In Association With**  
**Harbor-UCLA Medical Foundation Radiology Group**  
**877 4an-exam**  
*Programa de Principios de Prevencion Detccion Temprana*  
**Formulario de Pre-Seleccion**

**Informacion de el Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 Telefono de Casa \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Doctor que la Recomendo: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_  
 Número de personas en los hogar (Cónyuge y dependientes sólo) \_\_\_\_\_  
 Etnia: Asiático \_\_\_\_\_ Hispáno \_\_\_\_\_ Africano Americano \_\_\_\_\_ Caucásico \_\_\_\_\_ Indio Americano \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 Nivel de ingresos: \$0-\$12,000 \_\_\_\_\_ \$12,001-\$24,000 \_\_\_\_\_ \$24,001-\$36,000 \_\_\_\_\_ \$36,001-\$48,000 \_\_\_\_\_ \$48,001 > \_\_\_\_\_

**Historia Medica**

A tenido problemas en sus senos? \_\_\_\_\_ Despues de cirugia: Izq: \_\_\_\_\_ Der: \_\_\_\_\_ Fecha de cirugia: \_\_\_\_\_  
 Fecha de mamograma anterior: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_  
 ¿Está embarazada? \_\_\_\_\_ ¿Número de hijos? \_\_\_\_\_ ¿Edad en el primer embarazo? \_\_\_\_\_ ¿La edad de la primera menstration? \_\_\_\_\_  
 ¿Esta tomando hormonas?: \_\_\_\_\_ ¿Tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Tipo? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene historia de cancer de seno o de ovario en su familia? \_\_\_\_\_ ¿Quien? \_\_\_\_\_ ¿Edad al diagnóstico? \_\_\_\_\_  
 ¿Materna o paterna? \_\_\_\_\_ ¿Número de familiares afectados? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido cáncer de antes? \_\_\_\_\_ ¿Diagnóstico? \_\_\_\_\_ ¿Ha sido expuesto a la terapia de radiación? \_\_\_\_\_

**Renuncia de la eligibilidad del paciente:** Yo declaro que he proporcionado informacion reciente de mi seguro. Entiendo que la falsedad o tergiversación podrá descalificar a mí desde la prevención temprana, detección precoz programa. Entiendo que al aceptar la ayuda financiera de la prevención temprana, la detección temprana del programa, mi historial médico y familiar información se utilizará como parte de un estudio realizado por el Dr. Iraj Khalkhali con el Harbor-UCLA Medical Foundation, Inc. Entiendo que mi información personal será confidencial en todo momento a través del estudio que se realiza a través de este programa.

**Autorizacion**

Autorizo la liberacion de mis exámenes y radiografias a mi proveedor medico. **Si** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_ Autorizo que se liberen a: \_\_\_\_\_  
 Estoy de acuerdo en llamar a mi proveedor medico si no e recibido los resultados despues de dos semanas de mi examen.  
 Autorizo a Harbor UCLA Medical Foundation e Inner Images, Inc a solicitar los resultados de algun examen complementario a su mamograma..  
 Autorizo la liberacion de reportes y radiografias de mis estudios de seno previos.  
 Permito a Inner Images, Inc. a hacerme el mamograma este dia. Estoy conciente que el examen no tiene el 100% de exactitud y tendre que solicitar los resultados a mi doctor.

**X** \_\_\_\_\_  
**Firma de el Paciente**

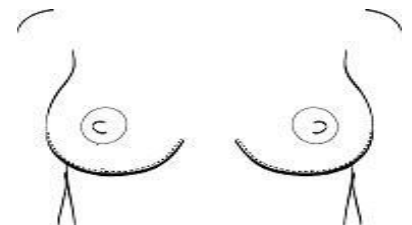
\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Office Only/Technologist Evaluation:**

Family History: \_\_\_Low \_\_\_Medium \_\_\_High  
 Previous Surgery \_\_\_No \_\_\_Yes Type \_\_\_\_\_ When \_\_\_\_\_  
 Symptoms \_\_\_No \_\_\_Yes Comments \_\_\_\_\_  
 Inspection: \_\_\_No Features \_\_\_ See diagram

**Technologist Comments:**

A review of this patient's breast health history and clinical findings qualify her for a screening mammogram.



\_\_\_\_\_  
 Signature of Mammography Technologist \_\_\_\_\_ RT(M) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Bill 99211 \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Services were provided under the supervision of Dr. Iraj Khalkhali**