



## INSTRUCCIONES PARA LA PACIENTE DE REX MOBILE MAMMOGRAPHY para UNA MAMOGRAFÍA DE DETECCIÓN REX MOBILE MAMMOGRAPHY PATIENT INSTRUCTIONS FOR SCREENING MAMMOGRAMS

Todas las pacientes deben presentar una identificación con foto y tarjeta de seguro médico, si procede, tener una cita programada y haberse registrado previamente.

**Envíe los documentos por fax a la oficina de REX Mobile Mammography (Unidad móvil de mamografía de REX) al (919) 784-4205.**

Debe cumplir con estos requisitos para calificar para la mamografía de detección:

- Debe tener un médico de cabecera o consultorio actual.
- No debe tener antecedentes de cáncer de mama.
- No debe tener ningún síntoma anormal (por ejemplo, dolor, nuevo bulto o secreción del pezón – si tuviera alguno de estos síntomas, comuníquese con su médico para el seguimiento).
- Debe tener al menos 35 años de edad (confirme la cobertura con su seguro médico).
- No debe haberse hecho una mamografía en los últimos 12 meses (confirme la cobertura con su seguro médico si han pasado menos de 12 meses).
- Debe hacernos saber si tiene implantes mamarios para que podamos programar la mamografía de manera adecuada.
- No debe estar embarazada ni amamantando.

**Indique el nombre completo, la dirección y el número de teléfono de su médico en el formulario de registro. Todas las pacientes deben tener un médico. Indique también donde se hizo la última mamografía. Si se hizo su mamografía previa en REX, anótelos en el formulario.**

Antes de su cita, llame a la instalación médica donde se hizo la última mamografía y pida que envíen las imágenes y el informe de la mamografía más reciente a:

**REX Image Service Center**  
2800 Blue Ridge Road, Suite 210  
Raleigh, NC 27607

Si no está segura donde se hizo la última mamografía, llame al consultorio de su médico y pida que lo verifiquen en su expediente médico.

**Poner atención a estas pautas nos ayudará en gran medida en el proceso de registro y reducirá el tiempo de espera el día de la prueba. Gracias por elegir REX Mobile Mammography para hacerse su mamografía anual.**

**Si tiene alguna pregunta, contacte con la coordinadora de su clínica, o puede llamar a REX Mobile Mammography al (919) 784-4210.**

*Translated by UNC Health Interpreter Services, 03/01/21*





## Formulario de registro de Unidad móvil de mamografía de REX

*REX Mobile Mammography Registration*

**Todas las pacientes deben traer una identificación con foto y tarjeta de seguro médico la cita.**

Hora: \_\_\_\_\_ Fecha de la cita: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE REGISTRO: LEA Y COMPLETE TODO EL FORMULARIO. LA LETRA DEBE SER LEGIBLE.**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_

Cuatro últimos dígitos del número de seguro social: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su última vacuna o refuerzo COVID? \_\_\_\_\_

**Si se puso una vacuna contra el covid-19, se recomienda esperar 4 a 6 semanas después de la vacuna para hacerse la mamografía. Si no ha pasado el tiempo adecuado, comuníquese con su proveedor médico para reprogramar su mamografía.**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Nombre del consultorio: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Si tiene seguro médico, adjunte una copia de su tarjeta de seguro. \***

**Si no tiene seguro médico o si solo tiene la cobertura del Programa de planificación familiar de Medicaid, debe completar la Aplicación de ayuda financiera para mamografía - Rex Mammography Assistance (RMA)**

**¿Ha sido paciente de REX o UNC (incluida REX Mobile Mammography)?** \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no

**NÚMERO DE EXPEDIENTE DE REX O UNC:** \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD MAMARIA:

Motivo de la mamografía de hoy: \_\_\_\_\_ Rutina \_\_\_\_\_ Otro

¿Ha tenido cáncer de mama? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**(En caso afirmativo, debe programar una mamografía de diagnóstico con una remisión de su proveedor.)**

¿Ha estado amamantando durante las últimas 12 semanas? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Ha tenido alguna cirugía o biopsia de mama? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Lado: Derecho \_\_\_\_\_, Fecha: \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_, Fecha: \_\_\_\_\_

¿Tiene implantes mamarios? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No En caso afirmativo, qué tipo: Silicona / Salina

### ÚLTIMA MAMOGRAFÍA

¿Dónde?: \_\_\_\_\_

¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_



\* R A D S C A N D \*