

INSTRUCCIONES PARA PACIENTES DE REX MOBILE MAMMOGRAPHY *para* MAMOGRAFÍAS DE DETECCIÓN

REX MOBILE MAMMOGRAPHY PATIENT INSTRUCTIONS for SCREENING MAMMOGRAMS

Todas las pacientes deben presentar un documento de identidad con fotografía y, si corresponde, una tarjeta del seguro. Además, las pacientes deben tener una cita programada y haberse inscrito previamente.

Para ser elegible para la mamografía de detección, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Haber visitado a un proveedor de atención primaria en los últimos 12 meses. Si no es así, comuníquese con su departamento de salud local.
- No tener antecedentes personales de cáncer de mama.
- No presentar ningún síntoma anómalo (p. ej., dolor, bulto nuevo o secreción a través del pezón; si tiene alguno de estos síntomas, comuníquese con su médico para recibir un seguimiento).
- Tener al menos 35 años (confirmar la cobertura con la empresa de seguros).
- Informarnos si tiene implantes mamarios para que podamos programar la visita de manera adecuada.
- No haberse sometido a una mamografía en los últimos 12 meses (confirmar con el seguro).
- Si está en período de lactancia, debe utilizar un sacaleches 30 minutos antes del examen.

Asegúrese de que en el formulario de inscripción figuren el nombre completo, la dirección y el número de teléfono de su médico, ya que todas las pacientes deben tener un médico. Además, indique el lugar donde se realizó la última mamografía. Si la mamografía anterior se realizó en Rex, especifíquelo en el formulario.

Antes de la cita, comuníquese con el centro donde se realizó la mamografía y solicite que se envíen sus imágenes e informes de mamografías anteriores a la siguiente dirección:

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

Si no recuerda dónde se realizó la mamografía anterior, llame al consultorio de su médico y pida que revisen el informe de su expediente médico.

Seguir estas pautas nos ayudará mucho en el proceso de inscripción y reducirá el tiempo de espera el día del examen. Gracias por elegir Rex Mobile Mammography para su mamografía anual.

Si tiene preguntas, comuníquese con el coordinador de su centro o llame a Rex Mobile Mammography al (919) 784-4210.

REXHEALTH.COM/MAMMOGRAPHY

UNC HEALTH
Rex

Revised 3/2025

Inscripción en Rex Mobile Mammography

Las pacientes deben traer a su cita un documento de identidad con fotografía y la tarjeta del seguro (si corresponde).

Hora: _____ Fecha de la cita: _____

INFORMACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN: LEA Y COMPLETE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD. EL FORMULARIO DEBE SER LEGIBLE.

Nombre (apellidos, nombre, segundo nombre):_____

Fecha de nacimiento (MM/DD/YY): _____ Raza u origen étnico: _____ Idioma: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____Estado: _____Código postal: _____

Número de teléfono de su casa: _____ Número de teléfono celular: _____

Cuatro últimos dígitos del número del Seguro Social: _____ Estado civil: _____

Correo electrónico:_____

Fecha de su última vacuna o refuerzo contra el COVID: _____

¿Necesita alguna adaptación en virtud de la ley para estadounidenses con discapacidad (Americans with Disabilities Act, ADA)? ☐ SÍ ☐ NO
Si la respuesta es sí, especifique: _____

Nombre del proveedor de atención médica: _____
Nombre del consultorio en el que se encuentra el proveedor: _____
Dirección del consultorio: _____
Número de teléfono: _____ **Número de fax:** _____

¿Tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, nombre de la aseguradora: _____
Número de identificación de abonado o miembro: _____
Si la respuesta es no o solo tiene Medicaid Family Planning, complete la solicitud de asistencia para mamografías de Rex.
¿Ha recibido atención en UNC Health, lo que incluye Rex Mobile? ☐ Sí ☐ No
N.º de expediente médico en UNC Health Rex: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DE LAS MAMAS:

¿Cuál es el motivo de la mamografía? ☐ Rutina ☐ Otro
Actualmente, ¿tiene algún problema en las mamas? ☐ Sí ☐ No
Si la respuestas es sí, descríbalo: _____
¿Ha tenido o tiene cáncer de mama? ☐ Sí ☐ No

(Si la respuesta es sí, programe una mamografía de diagnóstico con una remisión de su proveedor).

¿Está en período de lactancia? ☐ Sí ☐ No
¿Se ha sometido a alguna operación benigna de las mamas? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, indique de qué lado: I/D/Ambos Tipo:_____
¿Tiene implantes mamarios? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, especifique el tipo: De silicona/De solución salina/ _____

ÚLTIMA MAMOGRAFÍA

Nombre del centro: _____
Fecha de la prestación: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre y apellido: _____
Relación: _____
Número de teléfono: _____

Translated by UNC Health Interpreter Services, 4/30/25