

Fecha de la cita: _____

UTMB Salud
Solicitud para la Mamografía

UH: _____

Hora de la cita: _____

ACC: _____

Por favor contestar todas las preguntas. Incluya los números de teléfono activos para le llame parpa hacer su cita.

Sección 1: Nombre en su licencia de manejo u otra identificación con foto

Fecha de evento: 6 de octubre 2018

(Nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Apellido de soltera _____ Anteriores nombres de casada _____

No. de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Estado Civil _____

Dirección _____
Calle o P.O. Box Apt. No. Ciudad Código postal

Teléfono (Casa) _____ (Otro) _____ Email _____

Asiático Hispano Nativo de Hawái o de otra isla del pacífico
 Caucásico/Blanco Indio Americano o Nativo de Alaska Negro o Afroamericano

Nombre y Teléfono (No el suyo) de una persona que hable inglés, que podamos llamar si no la conseguimos a usted.

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Sección 2:

1. ¿Cuándo fue la última mamografía? Mes _____ fecha _____ año _____
2. ¿Tiene usted implantes de pecho? **Si No**
3. ¿Esta usted embarazada o amamantando? **Si No**
4. ¿Tiene usted algún problema con sus senos? **Si No**
5. ¿Tiene actualmente cáncer del seno? **Si No**
6. ¿Ha tenido cáncer de seno en los últimos cinco años? **Si No**

Sección 3:

_____ **Mi información de seguro de salud ya está en el sistema UTMB**

_____ **Abajo está mi información de seguro de salud (envíe copia, atrás y frente, de la tarjeta del seguro)**

_____ **No tengo seguro de salud**

Nombre del seguro (envíe copia, atrás y frente, de la tarjeta del seguro): _____

Identificación del seguro #: _____ Grupo #: _____

Relación del paciente al titular de la póliza: _____

Nombre del titular de la póliza _____

Fecha de Nacimiento del titular de la póliza: _____ Trabajo de titular de póliza (circule uno): tiempo completo o tiempo parcial o no trabajo