



Astera
BREAST SURGERY

At The Breast Center, Saint
Peter's University Hospital

Center for Ambulatory Resources
240 Easton Avenue, 3rd floor
New Brunswick, NJ 08901
Tel 732-846-3300

Susan A. McManus, MD, FACS
Lisa Hopkins, MD

9 Centre Drive, Suite 100
Monroe Township, NJ 08831

1 de Abril de 2021

Esperamos que se encuentre bien de salud. Si bien los hábitos y rutinas normales han cambiado en estos últimos meses como consecuencia de la pandemia del coronavirus, un aspecto permanece igual: nuestro compromiso con usted.

El control de las infecciones siempre ha sido, y sigue siendo, una prioridad para nuestro consultorio. A fin de garantizar su seguridad, nuestro consultorio sigue las recomendaciones para el control de infecciones que proporcionan los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés).

En respuesta a la crisis de salud pública por COVID-19, hemos añadido las siguientes medidas de protección para cuidar de su salud:

- Cuando llegue, puede llamar a la oficina al 732-846-3300 para avisarnos de su llegada. Puede permanecer en su vehículo hasta que su sala de tratamiento esté lista. Se le entregará una mascarilla en el mostrador de recepción. Se le tomará la temperatura con un termómetro para la frente y se le pedirá que se desinfecte las manos en la sala de examen.
- Nuestra área de espera ya no tendrá revistas, puesto que estos artículos son difíciles de desinfectar.
- Notará que nuestro personal desinfecta las superficies en áreas comunes como la recepción, la sala de espera, las manijas de las puertas y los mostradores compartidos.
- Las citas se organizarán de una manera que permita el distanciamiento social entre los pacientes. También pedimos a los pacientes o tutores que limiten las visitas de acompañantes adicionales a una (1) sola persona para reducir el número de personas en el consultorio. Todos los miembros del personal, incluido el personal de recepción, usarán equipos de protección personal.

Si tiene alguna pregunta sobre su cita o las medidas que estamos tomando para mantener su seguridad, llame a nuestro consultorio.

Esperamos verlo pronto.

Atentamente,

Susan A. McManus, MD, FACS

Lisa Hopkins, MD



IMPORTANTE
Instrucciones para los pacientes

1. Llene por completo todas las secciones de los formularios que se adjuntan.

- (a) Es muy importante que tengamos sus antecedentes médicos completos. Incluya todos los medicamentos y dosis (incluso las vitaminas).
 - (b) Dirección y número de teléfono del médico que remite, ginecólogo y médico de atención primaria.
2. Traiga todas las mamografías y ecografías de los últimos cinco años.
- DEBE TRAER LAS RADIOGRAFÍAS DE LAS MAMOGRAFÍAS.
 - SOLO ACEPTAREMOS UN CD PARA LAS ECOGRAFÍAS.
 - RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR (RMN): DEBE TRAER IMPRESA EL ÁREA OBJETIVO.

Revise su carpeta de radiografías antes de dejar el establecimiento para asegurarse de que adjuntó sus radiografías. Esto es muy importante. El médico las necesita para comparar.

- 3. Traiga toda su información de seguros. Si su plan exige una remisión, usted es responsable de tenerla al momento de la consulta.
- 4. Debe pagar el copago al momento de la consulta.
- 5. Si utiliza beneficios fuera de la red, debe pagar la totalidad de los cargos al momento de la consulta.
- 6. Llegue 15 minutos antes de su cita para tener tiempo de revisar y verificar sus documentos.

Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas MasterCard, Visa y Discover.

Es muy importante que siga estas instrucciones para garantizar que usted recibe la atención de la más alta calidad posible. Si no lo hace, será imposible que usted reciba una interconsulta completa.

Para todos los cheques protestados, se aplicará un cargo por servicio de \$30.00.

Le agradecemos por adelantado su cooperación.

Fecha _____
Copago: \$ _____
¿Se necesita remisión? S N

Información de los pacientes

Llene **TODAS** las secciones a continuación con **LETRA DE IMPRENTA**.

Información personal de los pacientes	Estado civil:	Soltero(a)	Casado(a)	Divorciado(a)	Viudo(a)
Nombre del (la) paciente: _____	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	N.º del Seguro Social: _____	
Dirección: _____				N.º de apartamento: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____	Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	
Teléfono particular: () _____	Teléfono del trabajo: () _____	Teléfono celular: () _____			
Dirección de correo electrónico: _____	¿De qué manera desea que nos dirijamos a usted? _____				
Empleador: _____	Ocupación: _____	Teléfono: () _____			
Nombre del cónyuge: _____	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	N.º del Seguro Social: _____	
Teléfono particular: () _____	Teléfono del trabajo: () _____	Teléfono celular: () _____			
Empleador: _____	Ocupación: _____	Teléfono: () _____			
Persona responsable: _____	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento: _____	
Relación con el (la) paciente: Usted mismo	Cónyuge	Otro	N.º del Seguro Social: _____		
Información de seguro del (la) paciente: Compañía de seguros principal: _____					
Dirección de la compañía de seguros: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____					
N.º de identificación: _____ N.º de grupo: _____ Teléfono: _____					
Si usted no es el asegurado: Nombre del asegurado: _____ Relación: Cónyuge Otro _____					
Compañía de seguros secundaria: _____					
Dirección de la compañía de seguros: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____					
N.º de identificación: _____ N.º de grupo: _____ Teléfono: _____					
Si usted no es el asegurado: Nombre del asegurado: _____ Relación: Cónyuge Otro _____					
Nombre del médico que remite: _____ N.º de teléfono: _____					
Ginecólogo y obstetra: _____ PRINCIPAL: _____					
Dirección: _____ Dirección: _____					
Teléfono: _____ Fax: _____ Teléfono: _____ Fax: _____					
Contacto de emergencia:					
Nombre: _____ Relación: _____ ¿Tiene un testamento vital? Sí No					
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____					
N.º de teléfono: particular: _____ del trabajo: _____ celular: _____					

Si se omite información o se proporciona información incorrecta que cause una reducción del pago o el no pago de los beneficios, la obligación del pago se traspasará a la persona responsable. Por medio del presente, autorizo la divulgación de cualquier información médica para el procesamiento del seguro. Por medio del presente, cedo todos los beneficios médicos o quirúrgicos, los que incluyen los beneficios médicos principales a los que tengo derecho en Saint Peter's University Hospital. Esta cesión tendrá vigencia hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta cesión tiene la misma validez que el documento original.

Firma del (la) paciente: _____ Firma del (la) asegurado(a): _____

Actualización:

Firma del (la) paciente: _____ Firma del (la) asegurado(a): _____

Nombre del (la) paciente: _____ Fecha de la cita: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Ocupación: _____ Origen étnico: _____

RAZÓN DE LA CONSULTA: (Coloque un número 1 antes de la razón principal, luego, 2, 3, etc., para cualquier otra razón de la consulta).

____ Bulto Izquierda Derecha Ambas Fecha del hallazgo: ____ Persona que realizó el hallazgo: Médico Paciente
 ____ Mamografía anómala Izquierda Derecha Ambas Comentarios: _____

____ Secreción del pezón Izquierda Derecha Ambas Fecha del hallazgo: ____ Persona que realizó el hallazgo: Médico Paciente
 ____ Cáncer de mama Izquierda Derecha Ambas Comentarios: _____

____ Dolor Izquierda Derecha Ambas Fecha del hallazgo: ____ Persona que realizó el hallazgo: Médico Paciente
 ____ Otro Izquierda Derecha Ambas Comentarios: _____

ANTECEDENTES DE MAMOGRAFÍAS

Fecha de la última mamografía: _____ Dónde: _____
 Mamografías anteriores: Sí No ¿Cuántas? _____
 Problemas anteriores en las mamas: Sí No
 Bulto Mamografía anómala Secreción del pezón Cáncer de mama Dolor Otro
 Biopsia de mamas anterior Sí No
 Biopsia estereotáctica Biopsia de núcleo guiada por ecografía Aspiración de un quiste
 Cirugía de mamas anterior Sí No
 Biopsia de escisión de mama
 Tumorectomía o mastectomía parcial con o sin biopsia de ganglio linfático centinela
 Tumorectomía o mastectomía parcial con disección de ganglios linfáticos axilares
 Mastectomía con o sin reconstrucción
 Aumento de mamas Reducción de mamas

SI RESPONDIÓ QUE SÍ A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES, PROPORCIONE TODOS LOS RESULTADOS PATOLÓGICOS

FACTORES DE RIESGO

N.º de embarazos: _____ N.º de hijos: _____ N.º de hombres: _____ N.º de mujeres: _____
 Edad al nacer el primer hijo: _____ Fecha del primer período menstrual: _____ Edad de la menopausia: _____
 Último Papanicolaou: _____ Nunca No sabe Hallazgos: Normal Anómalos
 Primer día del último período menstrual: _____ Períodos menstruales: Regulares Irregulares

¿Ha recibido alguna vez terapia de reemplazo hormonal? De ser así, ¿cuándo? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER

¿Hay algún antecedente de CÁNCER DE MAMA en su familia? Sí No

<input type="checkbox"/> Madre	Edad al momento del diagnóstico	_____
<input type="checkbox"/> Padre	Edad al momento del diagnóstico	_____
<input type="checkbox"/> Hija	Edad al momento del diagnóstico	_____
<input type="checkbox"/> Hijo	Edad al momento del diagnóstico	_____
<input type="checkbox"/> Hermana	Edad al momento del diagnóstico	_____
<input type="checkbox"/> Hermano	Edad al momento del diagnóstico	_____
<input type="checkbox"/> Tía	<input type="checkbox"/> Materna <input type="checkbox"/> Paterna	Edad al momento del diagnóstico _____
<input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno	Edad al momento del diagnóstico _____
<input type="checkbox"/> Abuela	<input type="checkbox"/> Materna <input type="checkbox"/> Paterna	Edad al momento del diagnóstico _____
<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno	Edad al momento del diagnóstico _____
<input type="checkbox"/> Primo, en 1º y 2º grado	<input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno	Edad al momento del diagnóstico _____

¿Se ha sometido a alguna prueba genética? No Sí BRCA1 + BRCA2 + Negativo

¿Algún miembro de su familia se ha sometido a pruebas genéticas? No Sí BRCA1 + BRCA2 + Negativo

¿Terapia de reemplazo hormonal? No Sí ¿Cuánto tiempo? _____

(Estrógeno)

Nombre: _____

Fecha de nacimiento _____

¿Hay algún antecedente de cáncer en su familia? Sí No

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madre | Edad al momento del diagnóstico _____ | Tipo de cáncer _____ |
| <input type="checkbox"/> Padre | Edad al momento del diagnóstico _____ | Tipo de cáncer _____ |
| <input type="checkbox"/> Hija | Edad al momento del diagnóstico _____ | Tipo de cáncer _____ |
| <input type="checkbox"/> Hijo | Edad al momento del diagnóstico _____ | Tipo de cáncer _____ |
| <input type="checkbox"/> Hermana | Edad al momento del diagnóstico _____ | Tipo de cáncer _____ |
| <input type="checkbox"/> Hermano | Edad al momento del diagnóstico _____ | Tipo de cáncer _____ |
| <input type="checkbox"/> Tía | <input type="checkbox"/> Materna <input type="checkbox"/> Paterna | Edad al momento del diagnóstico _____ |
| | | Tipo de cáncer _____ |
| <input type="checkbox"/> Tío | <input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno | Edad al momento del diagnóstico _____ |
| | | Tipo de cáncer _____ |
| <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Materna <input type="checkbox"/> Paterna | Edad al momento del diagnóstico _____ |
| | | Tipo de cáncer _____ |
| <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno | Edad al momento del diagnóstico _____ |
| | | Tipo de cáncer _____ |
| <input type="checkbox"/> Primo, en 1° y 2° grado | <input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno | Edad al momento del diagnóstico _____ |
| | | Tipo de cáncer _____ |

ANTECEDENTES MÉDICOS ANTERIORES

- Sin antecedentes médicos anteriores importantes
- Diabetes tipo 1 tipo 2 Enfermedades cardíacas Artritis / Fibromialgia
- Hipertensión Trastornos neurológicos Accidente cerebrovascular Tendencia a sufrir hemorragia
- OTRO: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS ANTERIORES

- Histerectomía total Histerectomía parcial Ovariosalpingectomía Cesárea
- Reemplazo de articulaciones Cirugía cardiovascular De ser así, explique: _____
- OTRO: _____

ANTECEDENTES SOCIALES

- Consumo de tabaco: No Sí Paquetes al día _____ Cantidad de años que ha fumado _____
- Antecedentes de tabaquismo: Cantidad de años que ha fumado _____
- Cantidad de años que lleva sin fumar _____
- Consumo de alcohol: Sí No
- Consumo de drogas: Sí No

¿TIENE ALGÚN PROBLEMA EN LAS SIGUIENTES ÁREAS?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ojos: _____ | <input type="checkbox"/> Osteomuscular: _____ |
| <input type="checkbox"/> Oído, nariz o garganta: _____ | <input type="checkbox"/> Piel: _____ |
| <input type="checkbox"/> Corazón, vasos sanguíneos: _____ | <input type="checkbox"/> Neurológico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pulmones: _____ | <input type="checkbox"/> Endocrino: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal: _____ | <input type="checkbox"/> Sanguíneo, linfático: _____ |
| <input type="checkbox"/> Genitourinario: _____ | <input type="checkbox"/> Alergias, sistema inmunitario: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Psiquiátrico: _____ |

Persona que revisa: Médico _____ Enfermera: _____ Fecha: _____



CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

La confidencialidad del (la) paciente es una preocupación principal en este consultorio. Por lo tanto, indique a continuación las personas a las que podemos y a las que no podemos dejar un mensaje de nuestro consultorio.

Indique las que correspondan.

	SÍ	NO	NO CORRESPONDE
Cónyuge			
Hijos			
Máquina contestadora			

¿Puede recibir llamadas en su lugar de trabajo? _____

¿Podemos llamar a su lugar de trabajo e indicar quién llama? _____

Debido a nuestros reglamentos de confidencialidad, si un miembro de su familia, amigo o pariente se comunica con nuestro consultorio, no tenemos la libertad de hablar de su estado de salud, a menos que usted, el (la) paciente, nos autorice a hacerlo.

	SÍ	NO	NO CORRESPONDE
Cónyuge			
Hijos			
Otro			

Si ha marcado la opción SÍ, indique a continuación

Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono: _____

Nombre del (la) paciente (en letra de imprenta) _____

Firma: _____ Fecha: _____



Política de privacidad y acuse de recibo

Prácticas

Cualquiera y toda la información relacionada con usted que recopile el Centro de Mamas (The Breast Center) en Saint Peter's University Hospital se considera confidencial.

Usted tiene derecho a solicitar una copia de la información que tenemos sobre usted, así como a exigir que se corrija o actualice según corresponda, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos (Data Protection Act) de 1998.

Acuse de recibo

He recibido el Aviso de prácticas de privacidad y he tenido la oportunidad de revisarlo.

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, CESION DE BENEFICIOS Y ACUERDO DEL PACIENTE

Nombre del paciente (apellido, nombre) _____ Nombre del médico/consultorio _____

N.º de Seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

N.º de teléfono del paciente _____ Nombre y teléfono de la farmacia _____

Iniciales _____

	<p>Consentimiento para recibir tratamiento. Por el presente documento, autorizo al consultorio, sus agentes, empleados y médicos o a otros proveedores de atención medica a los que se les puede pedir que participen en interconsultas o ayuden en lo que respecta a mi atención, según lo considere necesario mi medico tratante. Soy consciente de que la práctica de la medicine no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha garantizado nada en cuanto a mi atención y tratamiento. Entiendo que el consultorio este afiliado a un hospital docente y a otras filiales académicas. Doy mi consentimiento para que becarios, residentes, internos, estudiantes de medicina y enfermería y otros estudiantes profesionales observen o ayuden en mi atención y tratamiento bajo la supervisión de mi médico. Este consentimiento será valido durante el transcurso de mi tratamiento a hasta que yo lo revoque.</p>
	<p>Responsabilidad financiera. Todos los servicios profesionales restados se cobran al paciente y vencen al momento de prestación de los servicios, a menos que se haya arreglado algo diferente de antemano con el asesor financiero de nuestro consultorio. Se completará el formulario necesario para ayudar a acelerar los pagos de la compañía responsable de su seguro. Sin embargo, USTED es responsable de todos los honorarios, independientemente de la cobertura del seguro.</p>
	<p>Cesión de beneficios. Por el presente documento, cedo todos los beneficios médicos y quirúrgicos, lo que incluye los principales beneficios médicos que tengo derecho a recibir. Por el presente documento, autorizo y ordeno a mi(s) compañía(s) responsable(s) de seguro, incluido Medicare, Seguro privado y cualquier otro plan de salud/medico que envíe los cheques de pago directamente al consultorio por los servicios médicos prestados a mi y a las personas a mi cargo, independientemente de los beneficios de mi seguro, si los hubiera. Entiendo que soy responsable de cualquier monto que no este cubierto por el seguro.</p>
	<p>Autorización para divulgar información. Por el presente documento, autorizo al médico/consultorio que participan en mi atención a divulgar, ya sea verbalmente o por escrito, cualquier tipo de información medica que pueda ser necesaria para ayudar en mi plan de atención continua o que sea necesaria para procesar reclamaciones por beneficios del seguro medico relacionados con mi atención. Entiendo que mi(s) proveedor(es) de tratamiento tendrán acceso a mis historias clínicas anteriores para ayudar en el tratamiento. Autorizo al médico/consultorio a proporcionar y/o divulgar cualquier información necesaria para las compañías responsables de seguro en lo que respecta a mi enfermedad y mis tratamientos, a procesar mi reclamación del seguro adquirida en el curso de mi examen o tratamiento y a permitir que se utiliza una fotocopia de mi firma para procesar mi reclamación del seguro adquirida en el curso de mi examen o tratamiento y a permitir que se utilice una fotocopia de mi firma para procesar mi reclamación del seguro de por vida. Esta orden tendrá vigencia hasta que yo la revoque por escrito. He solicitado los servicios médicos del médico/consultorio en mi nombre y/o el de las personas a mi cargo, y comprendo que, mediante esta solicitud, soy completamente responsable a nivel económico de todos los cargos en que se incurra en el transcurso del tratamiento autorizado. Además, comprendo que los honorarios se deben pagar en la fecha en la que se prestan los servicios y acepto pagar todos esos cargos incurridos en su totalidad ante la presentación del comprobante correspondiente. Una fotocopia de esta cesión tiene la misma validez que el documento original.</p>
	<p>Aviso de prácticas de privacidad. Reconozco que he leído y recibido copias de la Autorización para el tratamiento, los Derechos y responsabilidades del paciente y el Aviso de practicas de privacidad, y autorizo la divulgación de la información médica a terceros.</p>
	<p>Política por no presentarse. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa por no presentarse de hasta \$25.00 si no da un aviso con 24 horas de antelación para cancelar o si no se presenta a su cita programada.</p>
	<p>Servicios varios. Si necesitamos comunicarnos con usted en lo que respecta a una cita o los resultados de un análisis, haremos todo lo posible por comunicarnos personalmente. Si no podemos comunicarnos personalmente, solo le dejaremos un mensaje en el que le pediremos que nos devuelva la llamada durante el horario laboral normal. Escribe sus iniciales si nos autoriza a dejar un mensaje en su contestador automático o a un familiar. _____ Además, escriba sus iniciales si podemos comunicarnos con usted en lo que respecta a recordatorios de citas a través de correos electrónicos o mensajes de texto. _____ En nuestro consultorio, nunca se hablará sobre su información medica con un familiar, a menos que usted nos haya autorizado a hacerlo. Si desea autorizarnos a hablar con un familiar, escribe sus iniciales en el espacio proporcionado en la línea correspondiente e indique el nombre de la persona autorizada, según corresponda. ____ Cónyuge: _____ ____ Padre o madre: _____ ____ Hijos: _____ ____ Hermano(s): _____ ____ Otros: _____</p>

Firma del paciente/la persona responsable

Fecha

Testigo

Fecha



**AGREEMENT TO PAY,
RIGHTS OF EACH PATIENT and
NOTICE of PRIVACY PRACTICES**

I acknowledge that I am responsible for payment of the fee for medical services rendered by Astera Cancer Care, regardless of any reimbursement to which I may be entitled by reason of insurance or legal claims. I am aware that it is solely my responsibility to know, in advance of the service, the benefits and guidelines of my individual insurance coverage; to obtain all necessary insurance referral forms and/or pre-certification; and to confirm plan in which Astera Cancer Care, is a participating provider, the payment guidelines of my plan will prevail.

I authorize Astera Cancer Care to prepare and submit the appropriate claim forms to my primary and secondary (if any) insurance carrier (s). I hereby assign all insurance benefits relating to these medical services to Astera Cancer Care and authorize the release of all information necessary to effect payment of those benefits.

Even though payment may be sent directly to Astera Cancer Care, I understand that I am still responsible for any balance remaining and will pay any amount not covered by my insurance. I understand that if I fail to keep any financial agreement, I make with Astera Cancer Care and my account must be sent to a collection agency, I will be responsible for all collections cost and legal fees.

I hereby acknowledge that I have been offered a written copy of the "Rights of Each Patient" adopted by the New Jersey Department of Health for ambulatory care facilities and written or verbal explanation of these rights. I further acknowledge that I understand the explanation given to me about my rights.

I hereby acknowledge that I have been given a offered of the Notice of Privacy Practices from Astera Cancer Care concerning how the use or disclosure of Protected Health Information will be handled by the practice.

I give my consent for Astera Cancer Care to have my report faxed to my physician (s).

Signature

Date