

PATIENT NAME IN FULL	AGE	DATE	TIME
----------------------	-----	------	------

CONSENT - MAMMOGRAPHY PROCEDURE

➤ I understand that I am at Saint Francis for a mammography procedure. I will not assume that my exam is normal if I should fail to receive my results. **Federal Law now requires that each patient receive written test results in layman’s terms.** Please write your mailing address in the space provided:

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP

- I understand that mammograms are the best single method for detection of early breast cancer, but that they **DO NOT FIND** all breast cancers. Therefore it is important for me to do a monthly breast self-exam and have an annual physician breast exam.
- I understand that Saint Francis Breast Center personnel will send to my physician(s) a copy of my mammography report and to release information pertaining to this admission to my insurance carrier(s) to determine benefits entitlement and to process payment claims for me.
- Medical information will be retained electronically, with safeguards in place to discourage unauthorized access.
- My insurance company(ies) may pay Saint Francis and physician(s) responsible for my breast care benefits payable to me (benefits are assigned to providers).
- MEDICARE IS IS NOT applicable.
- I certify that the information I have provided is correct. I understand that disclosure of information may be made to the Social Security Administration or its intermediaries or carriers any information needed for this Medicare claim. I request that payment of authorized benefits be made directly to Saint Francis for the undersigned.
- The undersigned is responsible for any non-covered and non-reimbursable services at the hospital's usual and customary charges, or for the deductible and copayment based on the contracted allowable amount.
- I understand that valuables in my possession are my responsibility, and I will not hold Saint Francis liable for loss of valuables.
- *I understand that release of my mammograms and mammography reports will be made to the representatives or agents of Saint Francis Hospital, Inc., to be used for the purpose of comparison to my current mammogram.*

ACKNOWLEDGEMENT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

A detail of patient rights and how medical information will be used and disclosed by Saint Francis Hospital and its medical staff is set forth in the NOTICE OF PRIVACY PRACTICES. A copy has been furnished to me.

I have read and understand this consent form. All questions regarding this procedure have been answered to my satisfaction. I acknowledge receipt of NOTICE OF PRIVACY PRACTICES.

PATIENT'S SIGNATURE	REASON PATIENT UNABLE TO SIGN
SIGNATURE OF PERSON AUTHORIZED TO SIGN FOR PATIENT
RELATIONSHIP TO PATIENT	WITNESS

TRANSLATION

This is to certify that the above Consent has been provided in printed format or read to the patient (or representative) in his / her native language. The patient (or representative) understood and agreed and was asked to sign the English version (legally valid document) and was shown where to indicate Consent.

INTERPRETER / WITNESS SIGNATURE

PATIENT LABEL



NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	EDAD	FECHA	HORA
------------------------------	------	-------	------

CONSENTIMIENTO PARA MAMOGRAFÍA

- Comprendo que me encuentro en el Hospital Saint Francis para hacerme un procedimiento de mamografía. Si no obtengo los resultados del estudio, no asumiré que los resultados son normales. **Actualmente la Ley Federal exige que cada paciente reciba los resultados del estudio por escrito en un lenguaje sencillo.** Escriba su dirección postal en el espacio correspondiente:

DOMICILIO, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

- Comprendo que la mamografía es el método más efectivo para la detección temprana del cáncer de seno, pero **NO DETECTA** todos los casos de cáncer de seno. Por lo tanto, es fundamental que yo misma me examine los senos una vez por mes y que un médico los examine una vez por año.
- Comprendo que el Centro de Atención Mamaria de Saint Francis le enviará a mi/s médico/s una copia del informe de mi mamografía y le facilitará a mi empresa aseguradora información sobre mi ingreso a este servicio, para que la aseguradora determine mis derechos respecto de estos beneficios médicos y procese los pagos correspondientes en mi nombre.
- La información médica será guardada electrónicamente, con las debidas medidas de seguridad para desalentar todo acceso no autorizado.
- Mi/s aseguradora/s podrán pagarle directamente a Saint Francis y a el/los médico/s responsable/s de brindarme cuidados en el Centro de Atención Mamaria los beneficios que me correspondan (Se le asignan los beneficios a los profesionales de la salud).
- los pagos PUEDEN imputarse a MEDICARE los pagos NO PUEDEN imputarse a MEDICARE
- Certifico que la información que he proporcionado es correcta. Comprendo que Saint Francis puede facilitar a la Administración de Seguridad Social o sus intermediarios o aseguradoras toda la información que sea necesaria para este reclamo de Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga directamente a Saint Francis en nombre del suscrito.
- El abajo firmante es responsable de cualquier servicio no cubierto y no reembolsable de los cargos usuales y habituales del hospital, o del deducible y copago basados en la cantidad permitida contratada.
- Comprendo que soy responsable por los objetos de valor que están en mi poder, y no imputaré responsabilidad a Saint Francis por pérdida de objetos de valor.
- *Comprendo que se entregará copia de los informes de mis anteriores mamografías a los representantes o agentes de Saint Francis Hospital, Inc. a fin de comparar resultados con la mamografía actual.*

RECONOCIMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia de la NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD que expone de manera detallada los derechos del paciente y las circunstancias en que el Hospital Saint Francis y su personal médico podrán usar y divulgar información médica del paciente.

He leído y entendido el presente formulario y recibí respuesta satisfactoria a todas las preguntas que hice sobre este procedimiento. Por la presente declaro y reconozco que he recibido la NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD.

FIRMA DEL PACIENTE	RAZÓN por la cual el PACIENTE NO PUEDE FIRMAR
PERSONA AUTORIZADA para FIRMAR por el PACIENTE
RELACIÓN CON EL PACIENTE	TESTIGO

TRADUCCIÓN - Se deja constancia de que el Consentimiento que precede fue provisto en forma impresa o ha sido leído al paciente (o a su representante) en su lengua materna. El paciente (o su representante) comprendió y estuvo de acuerdo y se le pidió que firmara la versión en Ingles (el documento legalmente válido) y que se le mostró dónde indicar Consentimiento.

FIRMA DEL INTÉRPRETE / TESTIGO

PATIENT LABEL

