



Mammography Self-Request/Self-Referral

Accession #: _____
Study Type: _____
DOS: _____

Consent Form

PATIENT: _____	MRN: _____	DOB: _____
----------------	------------	------------

I am presenting myself to Desert Imaging Services as a "Self-Request" or "Self-Referral" patient for a screening mammogram and giving my permission to have the results forwarded to a health care provider listed below.

PLEASE COMPLETE THE APPROPRIATE SECTION BELOW

Section 1: SELF-REQUEST

I am requesting a mammogram on my own initiative, and I have a health care provider who accepts responsibility for my clinical breast care. I have seen my healthcare provider within the last two (2) years.

My current healthcare provider is _____.
Print Name

My last visit with my healthcare provider was _____.
Print Date

Section 2: SELF-REFERRAL

I am requesting a mammogram on my own initiative, but I have no health care provider, or my provider declines responsibility for my clinical breast care. I am willing to accept a health care provider recommended by Desert Imaging and understand that my mammogram reports will be sent to that provider.

I agree to have Dr. _____ receive my mammography report.
Print Name

1. I am aware that this mammography study is for screening purposes only and not a diagnostic examination. At this time, I am asymptomatic (without symptoms of breast problems).

Initial here _____

2. I further agree that although I receive a written letter stating the results of this exam, it is my responsibility to schedule an appointment and follow-up, in a timely manner, with the health care provider listed above regarding the results detailed in my mammography report. I agree to comply with the recommendations made by the health care provider.

Initial here _____

Patient Signature

Date



Mammography Self-Request/Self-Referral

Accession #: _____
Study Type: _____
DOS: _____

Consent Form

PATIENT: _____	MRN: _____	DOB: _____
----------------	------------	------------

Me presento a Desert Imaging Services como un paciente "Auto-Solicitud" o "Auto-Referencia" para una mamografía de detección y dando mi permiso para que los resultados se reenvíen a un proveedor de atención médica que se enumeran a continuación.

POR FAVOR COMPLETE LA SECCIÓN APROPIADA A CONTINUACIÓN

Sección 1: AUTO-SOLICITUD

Entiendo que si no he visto a mi proveedor de atención médica en los últimos dos (2) años, no puedo auto-solicitar mi mamografía de detección.

Mi proveedor de atención médica actual es _____.
Nombre de impresión

Mi última visita con mi proveedor de atención médica fue _____.
Fecha de impresión

Sección 2: AUTO-REFERRAL

No tengo un proveedor de atención médica primaria.

Acepto que el Dr. _____ reciba mi informe de mamografía.
Nombre de impresión

1. Soy consciente de que este estudio de mamografía es sólo para fines de detección y no para un examen de diagnóstico. En este momento, soy asintomática (sin síntomas de problemas en las mamas). *Inicial aquí* _____

2. Además, estoy de acuerdo en que, aunque recibo una carta escrita en la que se indican los resultados de este examen, es mi responsabilidad programar una cita y un seguimiento, en tiempo y forma, con el proveedor de atención médica mencionado anteriormente con respecto a los resultados detallados en mi informe de mamografía. También acepto cumplir con las recomendaciones hechas por el proveedor de atención médica. *Inicial aquí* _____

Firma del paciente

Fecha