



**THE ROSE**  
**INFORMACION DEL PACIENTE Y SEGURO MEDICO**



Patient ID # \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primero) \_\_\_\_\_ (Inicial) \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

CUIDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NO. DE TELEFONO \_\_\_\_\_ TELEFONO CELULAR \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NO. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD:  White  Hispanic  A.A./Black  Asian  American Indian  Hawaiian/Pacific Islander  Other

NOMBRE DE SU DOCTOR(S) O CLINICAS \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primero)

Direccion de Doctor o Clinica \_\_\_\_\_ Telefono y No. de Fax \_\_\_\_\_

NOMBRE DE TRABAJO \_\_\_\_\_ NO. DE TELEFONO \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE ESPOSO(A) O PARIENTE**

NOMBRE \_\_\_\_\_ NO. DE TELEFONO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

NOMBRE DE TRABAJO \_\_\_\_\_ NO. DE TELEFONO \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

NO. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_

**EMERGENCIA** -amigo, familiar, o vecino a quien podamos hablar en caso de que no nos podamos comunicar con su esposo (a)

NOMBRE \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_

NO. DE TELEFONO \_\_\_\_\_ NO. DE TRABAJO \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_

\* Proveemos un programa de patrocinio para mujeres de alto-riesgo y bajos recursos. Si usted piensa que califica para esta asistencia, por favor marque aqui: \_\_\_\_\_

**SEGURO MEDICO** - Entiendo y comprendo que los servicios proveidos son mi responsabilidad. Si la cuenta llega a ser delincente, la cantidad entera sera debida.

**SEGURO PRIMARIO**

NOMBRE \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_

NO. DE TELEFONO \_\_\_\_\_ NO. DE TELEFONO \_\_\_\_\_

NO. DE POLICA \_\_\_\_\_ GRUPO \_\_\_\_\_ NO. DE POLICA \_\_\_\_\_ GRUPO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE ASEGURADO \_\_\_\_\_ NOMBRE DE ASEGURADO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO(asegurado) \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO(asegurado) \_\_\_\_\_

Yo aqui voluntariamente doy consentimiento a la coordinacion de servicios, para lograr un cuidado y tratamiento. Yo reconozco que no se ha hecho ningunas garantias en cuanto a los resultados de tratamientos o de la examinacion. Autorizo a mi seguro medico que mande el pago directamente a The Rose. Estoy consciente que soy responsable por los servicios no cubiertos por mi seguro. The Rose tiene mi autorizacion de mandar cualquier documento requerido por mi aseguradora.

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma De Paciente

## ASIGNACIÓN Y LANZAMIENTO DEL SEGURO

Certifico que I, y/o mis dependientes, tienen cobertura de seguro con

\_\_\_\_\_ y asigna directamente a  
(Nombre de la compañía de seguros)

La Rose todas las ventajas de seguro, si las hay, si no pagadero a mí para los servicios rendidos. Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cargas si o no pagado por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones del seguro.

La Rose puede utilizar mi información del cuidado médico y puede divulgar tal información a la compañía de seguros susodicha y a sus agentes con el fin de obtener el pago para los servicios y de determinar las ventajas de seguro pagaderas para los servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando mi plan actual del tratamiento se termina o un año a partir de la fecha se firma abajo.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, del guarda o de la representativa personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir por favor el nombre del paciente, del guarda o representativa personal

\_\_\_\_\_  
Relacion al paciente



A non-profit breast cancer organization

PATIENT AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION  
MEDICAL RECORDS RELEASE FOR THE ROSE

By signing this authorization, I authorize The Rose to:

- Use and/or disclose certain protected health information (PHI) about me for the purposes of health care operations. This may include business management activities, general administrative functions and clinical management, such as to obtain a referral, quality assurance, quality improvement, case management, training programs, licensing, credentialing, certification, accreditation, compliance programs, research, fundraising and marketing activities that support the Rose and ensure that quality care is delivered.
- Obtain all of my previous mammogram/ultrasound films and their corresponding reports to be released for comparison studies. Previous films and reports are required for comparison to be provided to The Rose 12700 N. Featherwood, #260, Houston, TX 77034 281-484-4708.

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Name of Facility & Year of previous mammogram: \_\_\_\_\_

- Obtain any reports involving additional testing based on recommendations by the interpreting radiologist. I hereby voluntarily consent to coordination of services to accomplish care and treatment. I acknowledge that no guarantees have been made as to the results of treatments or examination.

The purpose(s) is/are provided so that I can make an informed decision whether to allow release of my information. This authorization will expire one year from the date signed below. The Rose will not receive payment or other remuneration from a third party in exchange for using or disclosing the PHI.

HIPAA does not require you to sign this authorization in order to receive treatment from The Rose. However, it is the policy of The Rose that every patient is required to provide the name of their referring physician of record to receive a copy of their report and therefore authorizing The Rose to release medical records.

I have the right to refuse to sign this authorization for the specific reasons stated here and to whom the limits apply, other than the release of medical records: \_\_\_\_\_

When my information is used or disclosed pursuant to this authorization, it may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by the federal HIPAA Privacy Rule. I have the right to revoke this authorization in writing except to the extent that the practice has acted in reliance upon this authorization.

My written revocation must be submitted to the Rose Privacy Officer at: 12700 N. Featherwood, #260, Houston, TX 77034 281-484-4708, fax 281-484-5626. Please forward previous films and reports to the same address Attn: Medical Records.

Signed by: \_\_\_\_\_ If Legal Guardian -Relationship to Patient \_\_\_\_\_

Signature of Patient or Legal Guardian \_\_\_\_\_  
Print Patient's Name \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES  
WRITTEN ACKNOWLEDGEMENT FORM

I have been given the opportunity to read The Rose's Notice of Privacy Practices, which explains how my medical information will be used and disclosed.

Name of Patient or Personal Representative \_\_\_\_\_ Signature of Patient or Personal Representative \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY

Date \_\_\_\_\_ Refused to sign \_\_\_\_\_ Witnessed \_\_\_\_\_

# THE ROSE FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

Fecha: \_\_\_\_\_ Persona: \_\_\_\_\_ New/Annual/Follow-up Residente Legal S N Fecha que entro a EU: \_\_\_\_\_

(¿Cómo supo de nuestro programa?) \_\_\_\_\_ Seguro Medico S N Tipo: Medicaid Gold Card Medicare Other

Internal PID \_\_\_\_\_ Elsewhere PID \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_ Apt. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_ Idioma Primario \_\_\_\_\_ No. De Seguro Social \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Contrato Alternativo \_\_\_\_\_ No. De Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_ Estado del Paciente \_\_\_\_\_ Barreras (Cultural, Psicológicas, Financieras, Fiscales y/o otros) \_\_\_\_\_

Cabeza del Hogar \_\_\_\_\_ S N \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Ingresos Mensuales \_\_\_\_\_ No. de Deps (menores de 18 o 24 años en escuela) \_\_\_\_\_

Dep 1 (FDN) \_\_\_\_\_ Dep 2 (FDN) \_\_\_\_\_ Dep 3 (FDN) \_\_\_\_\_ Dep 4 (FDN) \_\_\_\_\_ Dep 5 (FDN) \_\_\_\_\_

Prueba de Ingresos SI o No \_\_\_\_\_ Cantidad del Deducible \_\_\_\_\_ Referenda/orden SI o No \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Implantes (Tipo) \_\_\_\_\_ Fecha de cirugía \_\_\_\_\_ Embarazada SI o No \_\_\_\_\_ Edad de 1er parto y no. de partos \_\_\_\_\_ Amamantando \_\_\_\_\_

Doctor/Clinica \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_ No. De Telefono \_\_\_\_\_ No. de Fax \_\_\_\_\_

Menopausia SI o No \_\_\_\_\_ Ultima Menstruacion \_\_\_\_\_ Ya paso por la menopausia SI o No \_\_\_\_\_ Edad de Primer Menstruacion \_\_\_\_\_

Mamograma Anterior SI o No \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Donde \_\_\_\_\_ Problemas o dolor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Describe \_\_\_\_\_

Resultado Anormales SI o No \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Que Lado \_\_\_\_\_ Ha tenido Biopsia del seno antes SI o No \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Que Lado \_\_\_\_\_

Ha tenido cancer del seno \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Otro tipo de cancer \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Cancer de Seno en su familia \_\_\_\_\_ Quien? (Relacion) \_\_\_\_\_  
 Yo certifico que la información dada es verdadera, correcta y entiendo que la falsificación, mal presentación u omisión de información va a causar que esta aplicación sea negada.

Yo, voluntariamente doy consentimiento a la coordinación de servicios, para lograr cuidado y tratamiento. Yo reconozco que no se ha hecho ningunas garantías en cuanto a los resultados de tratamientos o de la examinación.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Asian Sponsorship	_____	Physician Used:	_____
BCCS Program	_____	Reviewed for TX Act:	By: _____
C/PART Sponsorship	_____	Unit:	Local _____
Partial Sponsorship	_____	Special Consideration:	_____
Payment Plan	_____	Special Consideration:	_____
Special Sponsorship	_____	Special Consideration:	_____
Pink Ribbon	_____	Physician Used:	_____
Rose Sponsorship	_____	Special Consideration:	_____
Third Party	_____	Special Consideration:	_____

Screening Mammogram \_\_\_\_\_ Dx Mammogram \_\_\_\_\_ Ultrasound \_\_\_\_\_ Biopsy \_\_\_\_\_ YWC \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Center: \_\_\_\_\_  
 Additional Procedures: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Center: \_\_\_\_\_