



Appointment Time: _____

Patient Information Form

Please complete the below form and email to our
Mammography Coordinator, Mona Cambron dcambron@lscctx.org.

Personal Information

Name: _____ Date of Birth: _____

Address: _____

Home/Cell Phone: _____ Text Message Appointment Reminders? YES NO

Email Address: _____

Breast Implants? YES NO If yes, how old are they? _____

Insurance Information

Do you have insurance? YES NO

** If YES, please attach a copy of your insurance card or fill out the information below.*

Insurance Provider Name: _____

Policy Number: _____ Group Number: _____

Have you ever been seen at an LSCC facility? YES NO

** If you do not have insurance, you may qualify for a free screening. The LSCC Mammography Coordinator will contact you with further details.*

Physician Information

Doctor's Name: _____

Address: _____

Office Phone: _____ Office Fax: _____

Please follow these instructions to prepare for your scheduled screening:

-  Wear a two-piece outfit with a button-down blouse if possible
-  Do not wear deodorant, lotion, powder, or perfume.



Hora de la cita: _____

Formulario sobre la información de la paciente

Complete el siguiente formulario y envíe un correo electrónico a nuestra
Coordinadora de mamografía, Mona Cambron dcambron@lscctx.org.

Información personal

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono móvil/casa: _____ ¿Recordatorios de citas por mensajes de texto? SI NO

Dirección de correo electrónico: _____

¿Implantes de mama? SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuántos años tienen? _____

Información del seguro médico

¿Tiene seguro médico? SÍ NO

** En CASO AFIRMATIVO, adjunte una copia de su tarjeta de seguro o complete la siguiente información.*

Nombre de la compañía de seguro: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

¿Alguna vez la han atendido en una instalación de LSCC? SÍ NO

** Si no tiene seguro, puede calificar para una evaluación gratuita. La coordinadora de mamografía de LSCC se pondrá en contacto con usted para obtener más detalles.*

Información del médico

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Teléfono del consultorio: _____ Fax del consultorio: _____

Siga estas instrucciones para prepararse para la evaluación programada:

-  Use un atuendo de dos piezas con una blusa abotonada si es posible
-  No use desodorante, crema, talco o perfume.