

Nueva paciente Paciente que regresa Fecha de última regla: _____ MRN: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Número de teléfono celular: _____

¿Es usted de descendencia judía ashquenazí? Sí No Raza: _____ Etnicidad: _____

Motivo del examen (indicaciones clínicas/signos y síntomas): _____

¿Hay posibilidad de que usted esté embarazada? Sí No ¿Le han removido a usted el útero? Sí No

¿Ha hecho usted de mamar en los últimos 6 meses? Sí No ¿Le han removido a usted los ovarios? Sí No

¿Está tomando usted hormonas o estrógenos? Sí No ¿Está tomando usted píldoras anticonceptivas? Sí No

¿Si respondió que sí, por cuánto tiempo? _____ Si respondió que sí. ¿por cuánto tiempo? _____

¿Está tomando usted tamoxifeno o algún otro antiestrógeno? _____

Fecha de último examen de senos por doctor o enfermera: _____ Edad de menopausia: _____

Fecha de primera regla: _____ Edad de primer parto de bebé nacido vivo: _____ Estatura: _____ Peso: _____

¿Le han hecho a usted una biopsia del seno? Sí No Derecho _____ Izquierdo _____
Si respondió que sí, ¿cuándo? _____

Benigna (FA, FCC, papiloma) _____ Precancerosa (atipicidad, LCIS) _____

► Historial de cáncer del seno:

¿Ha tenido usted cáncer del seno? Sí No Derecho _____ Izquierdo _____

Si respondió que sí, ¿cuándo? _____ Edad al diagnóstico: _____

Por favor encierre en un círculo lo aplicable: DCIS, IDC, ILC

¿Le han hecho una mastectomía? Sí No Derecho _____ Izq. _____

Si respondió que sí, ¿cuándo? _____

¿Le han hecho una lumpectomía? Sí No Derecho _____ Izq. _____

Si respondió que sí, ¿cuándo? _____

¿Se ha sometido a quimioterapia? Sí No

Si respondió que sí, ¿cuándo? _____

¿Le han dado tratamiento con radiación? Sí No

Si respondió que sí, ¿cuándo? _____

Indique si le han hecho alguno de los siguientes procedimientos:

Aumento de senos – Implantes Sí No

Si respondió que sí, ¿cuándo? _____

Reducción de senos Sí No Elevación de senos: Sí No

Si respondió que sí, ¿cuándo? _____

¿Ha tenido usted cáncer de ovarios? Sí No Edad al diagnóstico: _____

Irradiación de pared torácica por linfoma: Sí No

Edad al diagnóstico: _____

¿Hay en su familia un historial de cáncer de los senos o los ovarios? Si respondió que sí, marque lo que sea aplicable:

Madre Senos Ovarios Edad: _____

Padre Senos Edad: _____

Hermana Senos Ovarios Edad: _____

Hija Senos Ovarios Edad: _____

Tía (hermana de madre) Senos Ovarios Edad: _____

Tía (hermana del padre) Senos Ovarios Edad: _____

Abuela (materna) Senos Ovarios Edad: _____

Abuela (paterna) Senos Ovarios Edad: _____

Prima hermana (lado materno) Senos Ovarios Edad: _____

Prima hermana (lado paterno) Senos Ovarios Edad: _____

Entiendo que esta organización proporciona servicios de imágenes del seno y que un radiólogo calificado interpreta los resultados. La mamografía es solo una de las acciones recomendadas para la detección temprana del cáncer de seno. No todas las anomalías son evidentes en una mamografía; por lo tanto, el programa mejor y más completo para la detección del cáncer de seno es una combinación de autoexámenes mensuales, mamogramas anuales y exámenes médicos.

Firma de la paciente: _____

¿Le han hecho una prueba genética determinar si tiene propensión al cáncer (genes BRCA 1 y 2)? _____

Si responde que sí, ¿tuvo usted un resultado positivo para alguno de los dos genes? _____

¿Alguien en su familia tuvo resultados positivos para estos genes? Si es así, ¿quién? _____

¿Tiene usted algún síntoma nuevo?

Bulto en el seno

Izquierdo: Sí No Si responde que sí, ¿por cuánto tiempo? _____

Derecho: Sí No Si responde que sí, ¿por cuánto tiempo? _____

Dolor o incomodidad en un área específica

Izquierdo: Sí No Si responde que sí, ¿por cuánto tiempo? _____

Derecho: Sí No Si responde que sí, ¿por cuánto tiempo? _____

Secreción del pezón

Izquierdo: Sí No Si es así, ¿por cuánto tiempo y qué color? _____

Derecho: Sí No Si es así, ¿por cuánto tiempo y qué color? _____

Pezón invertido u hoyuelos en la piel

Izquierdo: Sí No Si responde que sí, ¿por cuánto tiempo? _____

Derecho: Sí No Si responde que sí, ¿por cuánto tiempo? _____

¿Le han tomado anteriormente imágenes del seno? Sí No

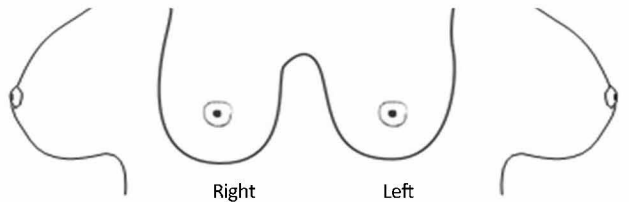
Si respondió que sí. ¿en qué fecha? _____

MAMOMAGRAFÍA _____ ULTRASONIDO _____ MRI _____

¿EN DÓNDE? _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA TECNOLOGA

Lifetime Risk: _____ Breast Density: _____



Technologist Comments:

