

Formulario de Mamografía

Doctor que ordenó el examen: _____ Doctor primario: _____

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Correo electrónico
Dirección	Ciudad, Estado, Zona postal		No. Teléfono	

HISTORIA PERSONAL

Es esta su primera mamografía? Sí No

Cuando y donde se hizo la última mamografía?

PROBLEMAS INDICADOS

Tiene algún síntoma nuevo en los senos?

-
- No
-
-
- Secreción del pezón
-
- Der
-
- Iz
-
-
- Dolor
-
- Der
-
- Iz
-
-
- Masa/bulto/nódulo que siente
-
- Der
-
- Iz

Explique sus síntomas:

HISTORIA RELACIONADA AL SENO

Tiene implantes en los senos? Sí No

Si es así: Silicona Salina Combinación

Ha tenido reducción o levantamiento de los senos? Sí No

Ha tenido biopsia en los senos? Sí No

Si es así: Der Iz Ambos

Que mostró la biopsia?

-
- No recuerdo
-
- Benigno _____
-
-
- Hiperplasia atípica
-
- Carcinoma lobular en situ
-
-
- Cáncer _____

Ha tenido biopsia quirúrgica por escisión? Sí No

Si es así: Der Iz Ambos

Le han diagnosticado cáncer de seno? Sí No

Ha tenido:

Mastectomía? Der Iz Ambos Fecha: _____

Lumpectomía? Der Iz Ambos Fecha: _____

Radioterapia? Der Iz Ambos Fecha: _____

Quimioterapia? Sí No Fecha: _____

HISTORIA ADICIONAL

Edad de su primera menstruación: _____

Ha tenido histerectomía? Sí, edad: _____ No

Edad cuando la menstruación terminó? _____

Fecha de su última menstruación? _____

Esta tomando hormonas actualmente (pastillas anticonceptivas, hormonas)? Sí No

Ha estado embarazada? Sí No

A que edad tuvo su primer hijo(a)? _____

Ha recibido tratamiento para infertilidad? Sí No

Si es así, que tipo y cuando? _____

Le han diagnosticado con otro tipo de cáncer? Sí No

Si es así, que tipo y cuantos años tenía cuando fue diagnosticado?

-
- Ovario _____
-
- Utero _____
-
- Colorectal _____
-
-
- Estómago _____
-
- Páncreas _____
-
- Melanoma _____
-
-
- Otro _____

RAZA Y ORIGEN ETNICO

-
- Blanca
-
- Asiática
-
- India americana/Alaska
-
-
- Hispana/Latina
-
- Negra/Africana
-
- Hawaiana/Isleña del pacífico
-
-
- Judía Ashkenazi
-
- Otra raza _____

HISTORIA FAMILIAR

Alguien en su familia ha tenido un resultado positivo para una mutación que incrementa el riesgo de cáncer (BRCA, etc.)?

 Sí No

Si ese es el caso, quién y que gen (si lo sabe)? _____

Alguien en su familia ha sido diagnosticado con cáncer?

 Sí No

Quién y edad del diagnóstico:

-
- Seno _____
-
- Ovario _____
-
-
- Utero _____
-
- Colorectal _____
-
-
- Estómago _____
-
- Páncreas _____
-
-
- Melanoma _____
-
- Próstata _____
-
-
- Otro _____

Es usted adoptada? Sí No

Firma del paciente: _____

Fecha: _____