

Mammography Intake Form



INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Doctor que la refirió	Correo electrónico
Dirección	Ciudad, estado, zona postal	Celular #	Casa #	Trabajo #	

HISTORIA PERSONAL

Es esta su primera mamografía? Sí No
 Si ha tenido una mamografía anterior, cuando y donde? _____

Tiene implantes de seno? Sí No
 En caso afirmativo: Silicona Salina Combinación

Ha tenido reducción de seno? Sí No

Ha tenido levantamiento de seno? Sí No

Ha tenido cirugía de seno? Sí No
 Der Iz Ambos

Biopsia mostró:
 Hiperplasia Atípica Sí No
 Lobular Carcinoma In situ (LCIS) Sí No

Alguna vez le han diagnosticado cáncer? Sí No
 En caso afirmativo, qué tipo(s) y edad al momento del diagnóstico:
 seno ovario útero
 colorectal estómago páncreas
 melanoma próstata otro _____

Ha tenido una Mastectomía? Der Iz Ambos
 Cuando: _____

Ha tenido una lumpectomía? Der Iz Ambos
 Cuando: _____

Ha tenido radioterapia? Der Iz Ambos
 Cuando: _____

Ha tenido quimioterapia? Sí No
 Cuando: _____

Edad de la primera menstruación? 7-11 12-13 >14

Edad cuando la menstruación terminó? Edad: _____

Fecha de su última menstruación? Fecha: _____

Ha estado embarazada? Sí No
 Ha que edad tuvo su primer hijo(a)? Edad: _____

ORIGEN ÉTNICO

Blanco Negro Indio Americano
 Asiático Isleño del Pacífico Isleño del Caribe
 Ashkenazi / Hebreo Hispano Otra Raza:

PROBLEMAS INDICADOS

Actualmente tiene:

Masa/Bulto/Nódulo Der Iz
 Secreción del Pezón Der Iz
 Dolor Der Iz

Explique sus síntomas:

HISTORIA FAMILIAR

Es usted adoptado (a)? Sí No

Alguno de los miembros de su familia ha sido diagnosticado con cáncer? Sí No

Enter (1) quién y (2) edad en el diagnóstico:
 seno ovario
 útero colorectal
 estómago páncreas
 melanoma próstata
 otro _____

Alguien en su familia ha dado positivo para una mutación que incrementa el riesgo de cáncer? Sí No

En caso afirmativo, quién y qué gen (si sabe)?

Le interesaría recibir información sobre cáncer hereditarios? Sí No

FIRMAS

Para mi mejor conocimiento no estoy actualmente embarazada. **Firma:** _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Ordering Physician: _____

Primary Care Physician: _____

Patient's name (First and Last)		Date of birth	Age	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Email address
Address		City, State, Zip code		Phone #	

PERSONAL HISTORY

Is this your first mammogram? Yes No

When and where were your previous mammograms done?

INDICATED PROBLEMS

Do you have any new breast symptoms/complaints?

- None
- Nipple abnormality/discharge Right Left
- Pain Right Left
- Lump you can feel Right Left

Please explain:

BREAST RELATED HISTORY

Do you have breast implants? Yes No

If yes: Silicone Saline Combination

Have you had a breast reduction or lift? Yes No

Have you had a needle biopsy? Yes No

If yes: Right Left Both

If yes, what did the biopsy show?

- Unknown Benign _____
- Atypical Hyperplasia Lobular Carcinoma in Situ (LCIS)
- Cancer _____

Have you had a surgical/excisional biopsy? Yes No

If yes: Right Left Both

Have you ever been diagnosed with breast cancer? Yes No

Have you had:

A mastectomy? Right Left Both Date: _____

A lumpectomy? Right Left Both Date: _____

Radiation? Right Left Both Date: _____

Chemotherapy? Yes No Date: _____

ADDITIONAL HISTORY

Age when menstruation began: _____

Have you had a hysterectomy? Yes, age: _____ No

Age when menstruation stopped? _____

Date of last menstrual period? _____

Are you currently taking hormones (i.e. birth control, hormone replacement therapy)? Yes No

Have you ever been pregnant? Yes No

How old were you when you delivered your first child? _____

Have you ever had fertility treatment? Yes No

If yes, what type and when? _____

Have you been diagnosed with any other type of cancer? Yes No

If yes, what type(s) and how old were you at diagnosis?

- Ovarian _____ Uterine _____ Colorectal _____
- Stomach _____ Pancreatic _____ Melanoma _____
- Other _____

RACE AND ETHNICITY

- White Asian American Indian/Alaskan
- Hispanic/Latin Black/African Hawaiian/Pacific Islander
- Ashkenazi Jewish Other _____

FAMILY HISTORY

Has someone in your family tested positive for a mutation that increases their risk for cancer (i.e. BRCA, etc.)? Yes No

If yes, who and which gene (if you know)? _____

Have any of your blood related family members been diagnosed with cancer? Yes No

Enter who and age at diagnosis:

- Breast _____ Ovarian _____
- Uterine _____ Colorectal _____
- Stomach _____ Pancreatic _____
- Melanoma _____ Prostate _____
- Other _____

Are you adopted? Yes No

Do you want to learn your risk for the most common hereditary cancers? Yes No

Patient's signature: _____

Date: _____