

HISTORIAL MAMOGRAFICO DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Sdo: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Ultima fecha de menstruacion: _____

Esta teniendo problemas con sus senos? (terron(es), dolor o malestar, o secrecion del pezon) si es asi , favor de indicar sus problemas: _____

Ha tenido un mamograma previamente? **SI** **NO**

Si es asi, Donde y cuando: _____

Factores de Riesgo para el Cancer de Seno:

Historial familiar de cancer de Seno: **SI NO** Si es asi, quien en su familia ha sido diagnosticado (MATERNAL o PATERNAL) y a que edad? _____

Historial personal de cancer de Seno?: **SI NO** Historial personal de otro tipo de cancer? _____

Historial personal de cancer de ovario?: **SI NO** Nunca embarazada: (marque si es aplicable) _____

Actualmente esta: **pre-menopausia, peri-menopausal, or post-menopausal** (circule uno)

Historial de Paciente:

Marque si es aplicable. Añadir la edad o fecha si se conoce:

Primer embarazo de gestacion completa, fecha y edad _____ Numero de niños dados a luz _____

Numero de niños que amamanto _____

1er Menstruacion: _____ Menopausia: _____ Histerectomia: _____

Ovarios que an sido removidos: Izquierdo, Derecho, Los dos _____

Uso de Estrogenos: 1er uso _____ ultimo uso _____ por cuanto tiempo _____

Progesterona: 1er uso _____ ultimo uso _____ por cuanto tiempo _____

Tamoxifeno: 1er uso _____ ultimo uso _____ por cuanto tiempo _____

Anticonceptivos hormonales: 1er uso _____ ultimo uso _____ por cuanto tiempo _____

Procedimientos de Seno Anteriores:(circule I=Izquierdo, D=Derecho, o B=Bilateral) (Añadir edad/fecha)

Biopsia _____ I D B Aspiracion de Quiste _____ I D B Ultrasonido _____ I D B

Ductografia _____ I D B Tumorectomia _____ I D B Mastectomia _____ I D B

Reduccion _____ I D B Terapia de Radiacion _____ I D B Quimioterapia _____

Implantes (Type: silicona, salina, combinacion) _____ I D B Fecha de colocacion de implantes: _____

Firma de Paciente _____ **FECHA** _____

Firmando, da su consentimiento para el examen de mamografia y reconoce que no esta embarazada ni amamantando.

Para uso del tecnologo: Equipo desinfectado SI NO Tecnologo: _____
--