Touchstone
MEDICAL IMAGING

# ANTECEDENTES DE MAMOGRAFÍA DE LA PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____

Fecha de nacimiento: ____ /____ /_____ Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____

Médico que deriva: _____

Fecha del último período/ciclo menstrual: _____

¿Tiene problemas con las mamas? (bulto(s), dolor o molestia, o secreción del pezón) Si es así, detalle los problemas:

_____

¿Se ha hecho una mamografía previa? SÍ NO

En caso de ser SÍ, especifique fecha y lugar: _____

Si desea que sus resultados/recordatorios se le envíen por correo electrónico, agregue su dirección de correo electrónico a continuación: _____

**Factores de riesgo para el cáncer de mama:**

Antecedentes familiares de cáncer de mama: **SÍ NO** En caso de ser SÍ, ¿quién en su familia ha sido diagnosticada (MATERNA o PATERNA) y a qué edad? _____

Antecedentes personales de cáncer de mama: **SÍ NO** ¿Antecedentes personales de otro tipo de cáncer? _____

Antecedentes personales de cáncer de ovario: **SÍ NO** 0 embarazos: (marque si corresponde) _____

¿Se encuentra actualmente: **premenopáusica, perimenopáusica o postmenopáusica?** (marque uno)

**Antecedentes de la paciente:**

**Marque si corresponde. Añadir edad y/o fecha si se conoce:**

Fecha y edad del primer embarazo a término_____ Número de niños que nacieron_____

Número de niños amamantados_____

Primera menstruación: _____ Menopausia: _____ Histerectomía: _____

Ovarios extirpados: Izquierdo, derecho, ambos _____

Uso de estrógenos: Primera vez_____ última vez_____ duración_____

Progesterona: Primera vez_____ última vez_____ duración_____

Tamoxifeno: Primera vez_____ última vez_____ duración_____

Anticonceptivos hormonales: Primera vez_____ última vez_____ duración_____

**Procedimientos mamarios anteriores: (marque I = izquierda, D = derecha, o A = ambos) (agregar edad/fecha)**

Biopsia _____ I D A Aspiración de quistes _____ I D A Ultrasonido _____ I D A

Ductografía _____ I D A Lumpectomía _____ I D A Mastectomía _____ I D A

Reducción _____ I D A Radioterapia _____ I D A Quimioterapia _____

Implantes (Tipo: silicona, salina, combinación) _____ I D A Fecha de colocación del implante: _____

**Firma de la paciente**_____ **FECHA** _____

Al firmar, doy mi consentimiento para el examen de mamografía y reconozco que no estoy embarazada ni amamantando.

**For technologist use only:** Equipment disinfected YES NO Technologist: _____