

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Medico: _____ Centro de Imagen: _____

Razón de este examen: _____

Ha tenido un mamograma / ultrasonido anteriormente? Si No Cuando? _____ Donde? _____

Ha tenido un MRI del seno anteriormente? Si No Cuando? _____ Donde? _____

PREOCUPACIONES FÍSICAS

Derecho

Izquierdo

Cuanto Tiempo?

Siente una bolita en el seno Si No _____

Enrojecimiento, dolor o hinchazón Si No _____

Información adicional: _____

Cáncer de seno anteriormente Si No _____

Información adicional: _____

HISTORIAL GENERAL

Historial familiar de cáncer de seno? Si No

Está tomando o ha tomado esteroides en los últimos 12 meses? _____

Ha tenido algún otro tipo de cáncer? Si No

Si la respuesta es sí, que tipo? _____ Por cuanto tiempo? _____

Por favor indique cualquier medicina que esté tomando o haya tomado durante el tiempo en que detectó su problema por primera vez:

OFFICE USE ONLY:

Clinical indications/Notes: _____

Technologist's Name: _____

1. Después que se revise su mamograma, si existe una area que necesite una evaluación mas intensa, nosotros nos pondremos en contacto con usted para hacer una nueva cita. (exámenes adicionales significan un nuevo cargo de pago).
2. Si un ultrasonido es recomendado, este se considera un examen separado y consiste de un nuevo cargo de pago.

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE UNA MAMOGRAFÍA DE DIAGNÓSTICO Y / O ULTRASONIDO DE SENO NO SON CONSIDERADOS EXÁMENES PREVENTIVOS Y PUEDE INCURRIR GASTOS ADICIONALES DE BOLSILLO.

Hasta lo que yo se, todo lo arriba escrito es verdadero y correcto.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____