

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____
Medico: _____ Centro de Imagen: _____

Razón de este examen: _____

Ha tenido usted un mamograma anteriormente? Si No Cuando? _____ Adonde? _____
Ha tenido un MRI del seno anteriormente? Si No Cuando? _____ Adonde? _____

SINTOMAS DEL CUERPO		Derecho	Izquierdo	Cuanto Tiempo?
Se siente una bolita en el seno?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____
Esto es algo nuevo en su seno?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____
Tiene un lugar especifico de dolor?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____
Ha tenido un golpe reciente en el seno?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____
Encogimiento o liquido del pezón?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____
Hoyuelos en la piel del seno?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____
Información adicional: _____				

HISTORIAL DE CIRUGIA DEL SENO		Derecho	Izquierdo	Mes/Año
Ha tenido cancer del seno	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____
Mastectomia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____
Lumpectomia (cancer)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____
Radiación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____
Biopsias (Aguja o Cirugia)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____
Aspiración de aguja	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____
Reconstrucción o Reducción	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____
Implantes o inyecciones de silicon	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____
Información adicional: _____				


HISTORIAL GENERAL

Esta usted embarazada? Si No
 Ha dado pecho por los ultimos 4-6 meses? Si No
 Historial familiar de cancer del seno? Si No
 Que parentezco? _____ Edad? _____
 Ha tenido otra clase de cancer? Si No
 Si la respuesta es si, que clase? _____
 Su edad en su primer embarazo a término? _____ Años
 Información adicional: _____

PERIODOS MENSTRUALES

Primer día de su último período: _____
 Menopausia? Si No
 Histerectomia? Si No
 Esta usted tomando hormonas/pastillas
 Anticonceptivas? Si No
 Que Clase? _____
 Por cuanto tiempo? _____

HISTORIAL DE MAMA

<p>OFFICE USE ONLY Clinical Findings</p> 	<p>Clinical indications/Notes:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Technologist's Name: _____</p>
---	---

- Despues que se revise su mamograma, si existe una area que nesecite una evaluación mas intensa, nosotros nos pondremos en contacto con usted para hacer una nueva cita. (exámenes adicionales significan un nuevo cargo de pago).
- Si un ultrasonido es recomendado, este se considera un examen separado y consiste de un nuevo cargo de pago.
- En el caso de que se necesitará radiografías adicionales y / o ultrasonido de seno el mismo día de su mamografía de rutina, tenga en cuenta que hay cargos adicionales para estos exámenes.

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.

Paciente Firma: _____ Fecha: _____