

Nombre del paciente:
Fecha de nacimiento:
historial médico:

HISTORIAL DEL PACIENTE PARA CONSULTA POR MAMAS

No Sí ¿Está embarazada, o cree que puede estarlo?

No Sí ¿Se realizó una mamografía anteriormente? Si la respuesta es sí, indique dónde _____ Fecha: _____

No Sí ¿Se realizó una IRM de mamas anteriormente? Si la respuesta es sí, indique dónde _____ Fecha: _____

No Sí ¿Usted o algún miembro de su familia menor de 50 años tiene o tuvo cáncer de mama?

No Sí ¿Tiene dos o más casos de cáncer de mama del mismo lado de su familia?

No Sí ¿Usted o algún miembro de su familia tiene o tuvo cáncer de ovario?

No Sí ¿Usted o algún miembro de su familia tiene o tuvo ambos cánceres de mama y ovario?

No Sí ¿Eres judía azkenazi con historial personal o familiar de cáncer de mama u ovario?

No Sí ¿Usted o algún miembro de su familia tiene o tuvo cáncer maligno de mama?

No Sí ¿Está tomando hormonas actualmente? Si la respuesta es sí, indique el nombre: _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

No Sí ¿Ha tomado hormonas en el pasado? Si la respuesta es sí, indique desde qué fecha: _____ Hasta: _____

No Sí ¿Tiene implantes mamarios? Si la respuesta es sí, desde cuándo? _____ ¿De qué tipo? _____

No Sí ¿Alguna vez ha reemplazado sus implantes? Si la respuesta es sí, ¿desde cuándo? _____

No Sí ¿Se quitó los implantes de forma permanente? Si la respuesta es sí, ¿desde cuándo? _____

No Sí ¿Se realizó una cirugía de reducción o levantamiento de senos? Si la respuesta es sí, ¿desde cuándo? _____

No Sí ¿Ha tenido alguna punción cuya biopsia fue benigna? Si la respuesta es sí, en qué seno: Der. Izq. ¿Cuándo? _____

No Sí ¿Ha tenido alguna extirpación quirúrgica cuyo resultado fue benigno? Si la respuesta es sí, en qué seno: Der. Izq. ¿Cuándo? _____

No Sí ¿Tiene un marcapasos? _____

No Sí ¿Alguna vez la diagnosticaron con cáncer de mamas?

Tumorectomía: Derecho - ¿cuándo? _____ Izquierdo - ¿cuándo? _____

Mastectomía: Derecho - ¿cuándo? _____ Izquierdo - ¿cuándo? _____

Quimioterapia: Fecha de inicio: _____ Fecha de fin: _____

Terapia de radiación: Fecha de inicio: _____ Fecha de fin: _____

Terapia endócrina (Tamoxifen, Arimidex, Femara, etc.): Fecha de inicio: _____ Fecha de fin: _____

Otro, describa: _____

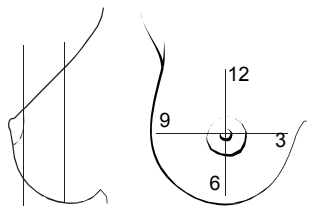
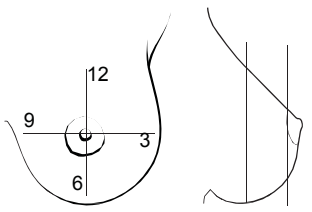
No Sí ¿Ha tenido cáncer en alguna otra parte del cuerpo? Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo? _____ ¿Cuándo? _____

No Sí ¿Ha tenido algún **NUEVO** problema mamario? Si la respuesta es sí, marque todos los que apliquen:

<input type="checkbox"/> Dolor/sensibilidad	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo
<input type="checkbox"/> Nódulo	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo
<input type="checkbox"/> Secreción del pezón	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo Color de la secreción: _____
<input type="checkbox"/> Retracción del pezón	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo
<input type="checkbox"/> Cambios en la piel	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo Describa: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

PARA USO DEL TECNÓLOGO ÚNICAMENTE

Derecho
Izquierdo

Firma del tecnólogo _____ Fecha: _____