

Nueva paciente  Paciente que regresa MRN: \_\_\_\_\_ Fecha de última regla: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

¿Tiene ascendencia judía asquenazí?  Si  No Raza: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

¿Hay posibilidad de que usted este embarazada?  Si  No ¿Le han removido a usted el utero?  Si  No

¿Ha hecho usted de mamar en las ultimas 6 meses?  Si  No ¿Le han removido a usted las ovarios?  Si  No

¿Esta tomando usted hormonas o estrogénos?  Si  No ¿Esta tomando usted pldoras anticonceptivas?  Si  No

¿Si respondió que si, par cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Si respondió que si, par cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Esta tomando usted tamoxifeno o algun otro antiestrogeno? \_\_\_\_\_

Fecha de ultimo examen de senos par doctor o enfermera: \_\_\_\_\_ Edad de menopausia: \_\_\_\_\_

Fecha de primera regla: \_\_\_\_\_ Edad de primer parto de bebe nacido vivo: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

¿Le han hecho a usted una biopsia del seno?  Si  No  
 Derecho \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_  
 Si respondió que sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_  
 Benigna (FA, FCC, papiloma) \_\_\_\_\_ Precancerosa (atipicidad, LCIS) \_\_\_\_\_

¿ Le han hecho una prueba genética determinar si tiene propensión alcáncer (genes BRCA 1 y 2)? \_\_\_\_\_  
 Si responde que sí, ¿tuvo usted un resultado positivo para alguno de losdos genes? \_\_\_\_\_  
 ¿ Alguien en su familia tuvo resultados positivos para estos genes? Si esasí, ¿quién? \_\_\_\_\_

**Historial de cancer del seno:**

¿Ha tenido usted cáncér del seno?  Si  No R\_\_\_\_\_ L\_\_\_\_\_ Si respondió que sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

**Por favor encierre en un círculo lo aplicable: DCIS, IDC, ILC**

¿Le han hecho una mastectomia?  Si  No R\_\_\_\_\_ L\_\_\_\_\_ Si respondió que sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Le han hecho una lumpectomia?  Si  No R\_\_\_\_\_ L\_\_\_\_\_ OSíSi respondió que sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Se ha sometido a quimioterapia?  Si  No OSíSi respondió que sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Le han dado tratamiento con radiación  Si  No Si respondió que sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

**Indique si le han hecho alguno de los siguientes procedimientos:**

Aumento de senos - Implantes  Si  No ¿cuándo? \_\_\_\_\_  
 Breast Reduction:  Si  No Elevación de senos:  Si  No Si respondió que sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido usted cáncér de ovarios?  Si  No Edad al diagnóstico: \_\_\_\_\_

Irradiación de pared torácica por linfoma:  Si  No Edad al diagnóstico: \_\_\_\_\_

**¿Hay en su familia un historial de cancer de los senos o los ovarios? Si respondió que si, marque lo que sea aplicable:**

- |   |                                |                                  |             |
|---|--------------------------------|----------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Madre                        | <input type="checkbox"/> Senos | <input type="checkbox"/> Ovarios | Edad: _____ |
| <input type="checkbox"/> Padre                        | <input type="checkbox"/> Senos |                                  | Edad: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hermana                      | <input type="checkbox"/> Senos | <input type="checkbox"/> Ovarios | Edad: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hija                         | <input type="checkbox"/> Senos | <input type="checkbox"/> Ovarios | Edad: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tía (hermana de madre)       | <input type="checkbox"/> Senos | <input type="checkbox"/> Ovarios | Edad: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tía (hermana del padre)      | <input type="checkbox"/> Senos | <input type="checkbox"/> Ovarios | Edad: _____ |
| <input type="checkbox"/> Abuela (materna)             | <input type="checkbox"/> Senos | <input type="checkbox"/> Ovarios | Edad: _____ |
| <input type="checkbox"/> Abuela (paterna)             | <input type="checkbox"/> Senos | <input type="checkbox"/> Ovarios | Edad: _____ |
| <input type="checkbox"/> Prima hermana (lado materno) | <input type="checkbox"/> Senos | <input type="checkbox"/> Ovarios | Edad: _____ |
| <input type="checkbox"/> Prima hermana (lado paterno) | <input type="checkbox"/> Senos | <input type="checkbox"/> Ovarios | Edad: _____ |

Entiendo que esta organización proporciona servicios de imágenes del seno y que un radiólogo calificado interpreta los resultados. Lamamografía es solo una de las acciones recomendadas para la detección temprana del cáncér de seno. No todas las anomalías son evidentes en una mamografía; por lo tanto, el programa mejor y más completo para la detección del cáncér de seno es una combinación de autoexámenes mensuales, mamogramas anuales y exámenes médicos.

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_

**¿Tiene usted algún síntoma nuevo?**

Bulto en el seno  
 Izquierdo:  Si  No Si responde que sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
 Derecho:  Si  No Si responde que sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Dolor o incomodidad en un área específica  
 Izquierdo:  Si  No Si responde que sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
 Derecho:  Si  No Si responde que sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

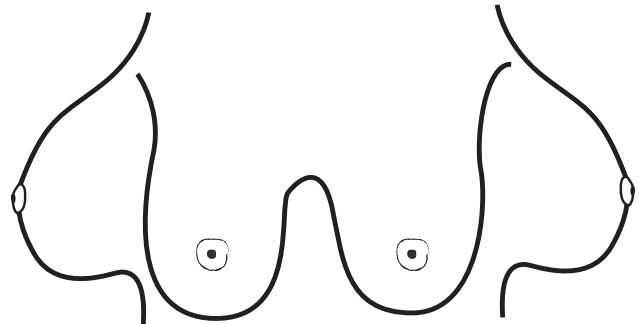
Secreción del pezón  
 Izquierdo:  Si  No Si es así, ¿por cuanto tiempo y que color? \_\_\_\_\_  
 Derecho:  Si  No Si es así, ¿por cuanto tiempo y que color? \_\_\_\_\_

Pezón invertido u hoyuelos en la piel  
 Izquierdo:  Si  No Si responde que sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
 Derecho:  Si  No Si responde que sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Prior Breast Imaging? If yes, date?  Yes  No  
 MAMOMAGRAFÍA \_\_\_\_\_ ULTRASONIDO \_\_\_\_\_ MRI \_\_\_\_\_  
 ¿EN DÓNDE? \_\_\_\_\_

**\*PARA USO EXCLUSIVO DE LA TECNOLOGA\***

Lifetime Risk: \_\_\_\_\_ Breast Density \_\_\_\_\_



Technologist Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Technologist Signature: \_\_\_\_\_