

FACILITY: _____

History Form

FORM.POL.002

Effective Date: September 7, 2008

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Doctor: _____

Razón por este examen: _____

Ha tenido usted un mamograma anteriormente? SI No Cuando? _____ Adonde? _____

Ha tenido un MRI del seno anteriormente? SI No Cuando? _____ Adonde? _____

1. IMPLANTES

	SI	No	Quando?	Adonde?
Silicon?	Si	No	_____	_____
Silicon y Salina?	Si	No	_____	_____
Lumen Sencillo (1)?	Si	No	_____	_____
Lumen doble (2)?	Si	No	_____	_____
Retro-pectoral (Atras del músculo del pecho)?	Yes	No	_____	_____
Retro-glandular (Sobre el músculo del pecho)?	Yes	No	_____	_____

Clase de Implante: _____

Fecha(s) de Cirugia: _____

2. CIRUGIA DEL SENO/ HISTORIAL DE IMPLANTES;

	SI	No	Derecho	Izquierdo
Le pusieron solución de esteroides con los implantes originales?	Si	No	_____	_____
Le pusieron inyecciones de silicon o paraffin en sus senos?	Si	No	_____	_____
Le pusieron inyecciones de esteroides o silicones en sus senos?	Si	No	_____	_____
Piensa removeirse los implantes de sus senos?	Si	No	_____	_____

3. HISTORIAL GENERAL:

esta usted pre menopausia? Si No Ultimo dia de su periodo menstrual: _____

Pacientes pre- menopausia tienen que tener la cita entre los días 7-10 (del primer día de su periodo menstrual)

Día del ciclo ahora:: _____

Es usted post menopausia? Si No _____

Esta usted en terapia de reemplazo de hormonas? Si No _____

Si usted paro la terapia de reemplazo de hormonas, hace cuanto tiempo paro el tratamiento? _____

Por favor de indicar los sintomas: _____

OFFICE USE ONLY

Clinical Findings



Clinical indications/Notes:

Technologist's name: _____

Paciente: _____

(Firma)

Fecha: ____/____/____