

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Doctor: _____

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? _____

1. SINTOMAS DEL CUERPO			Derecho	Izquierdo	Cuanto Tiempo?
Se siente un bolita en el seno?	Si	No	_____	_____	_____
Es esto algo nuevo en su seno?	Si	No	_____	_____	_____
Tiene un lugar especifico de dolor?	Si	No	_____	_____	_____
Ha tenido un golpe reciente en el seno?	Si	No	_____	_____	_____
Encogimiento o liquido del pezón?	Si	No	_____	_____	_____
Hoyuelos en la piel del seno?	Si	No	_____	_____	_____


Información adicional: _____

2. HISTORIAL DE CIRUGIA DEL SENO:			Derecho	Izquierdo	Mes/Año
Ha tenido cancer del seno	Si	No	_____	_____	/
Mastectomia	Si	No	_____	_____	/
Lumpectomia (cancer)	Si	No	_____	_____	/
Radiación	Si	No	_____	_____	/
Quimioterapia	Si	No	_____	_____	/
Biopsias (Aguja o Cirugia)	Si	No	_____	_____	/
Aspiración de aguja	Si	No	_____	_____	/
Reconstrucción o Reducción	Si	No	_____	_____	/
Implantes o inyecciones de silicon	Si	No	_____	_____	/

Información adicional: _____

3. HISTORIAL GENERAL:			4. PERIODOS MENSTRUALES		
Esta usted embarazada?	Si	No	Menopausia?	Si	No
Ha dado pecho por los ultimos 4-6 meses	Si	No	Histerectomia?	Si	No
Historial familiar de cancer del seno?	Si	No	Esta usted tomando hormonas/pastillas Anticonceptivas?		
Cual parentezco? _____	Si	No	Que Clase? _____		
Ha tenido otra clase de cancer?	Si	No	Por cuanto tiempo? _____		
Si la respuesta es si, que clase? _____			Años.		
Cual era su edad cuando tuvo su primer embarazo: _____					

Información adicional: _____

OFFICE USE ONLY	
<p>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 evaluacion 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.
- Hasta lo que yo se, todo lo arriba escrito es verdadero y correcto.

Paciente: _____ Fecha: ____/____/____
(Firma)