

Nota: si hay **desodorante** o **polvos** en su pecho o bajo sus brazos, **por favor retírelo** antes del examen. Pídale ayuda al tecnólogo si la necesita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Fecha de hoy: _____ Nombre del médico que la remitió: _____

1. ¿Alguna vez se ha sometido a una mamografía? No Sí
Si la respuesta es sí, ¿en dónde y cuándo? _____

2. ¿Tiene usted implantes? No Sí
Si la respuesta es sí, por favor señale todas las opciones que correspondan: Salino Gel de silicona Doble lumen Aumento
 Prepectoral Pospectoral

3. ¿Es esta mamografía parte de una rutina? No Sí
Si la respuesta es no, ¿por qué? _____
(protuberancia, alta, retracción, engrosamiento, dolor, seguimiento por calcificación)

4. ¿Ha padecido usted cáncer de seno? No Sí
Si la respuesta es sí, ¿a qué edad se le detectó? _____

5. ¿Hay alguien en su familia que haya tenido cáncer de seno? No Sí
Si la respuesta es sí, ¿a qué edad se le detectó? _____

5a. Relación con el miembro de la familia que tuvo cáncer de seno: Madre Hermana Hija Otro

6. ¿Tiene usted historia familia de otro tipo de cáncer? No Sí
Si la respuesta es sí, especifique: _____

7. ¿Está usted embarazada? No Sí
Fecha del último periodo menstrual: _____ Edad en que tuvo por primera vez el periodo: _____

8. ¿Alguna vez se ha sometido a una histerectomía? No Sí
Si la respuesta es sí, ¿le retiraron los ovarios? No Sí

9. ¿Ha tenido hijos? No Sí
¿A qué edad tuvo su primer hijo? _____

Número de embarazos: _____ Número de nacimientos: _____

10. ¿Usa usted, o ha usado hormonas (Estrógeno, Premarin, Provera o Tamoxifen)? No Sí
Si la respuesta es sí, ¿qué tipo? _____
¿Por cuánto tiempo? _____
¿Todavía las usa? _____
¿Cuándo dejó de usarlas? _____

11. ¿Ha amamantado durante los últimos 3 meses? No Sí

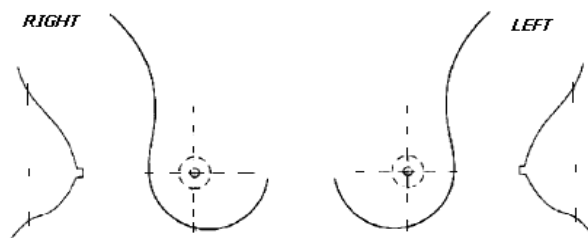
12. ¿Experimentó un cambio de peso de más de 10 libras el año pasado? No Sí

13. ¿Ha experimentado trauma lo suficientemente serio en su seno que haya dejado marcas negras y azules? No Sí
Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____

Firma: _____

A ser completado por el tecnólogo

Pregnant? _____
Check: Breast surface (including medial, inferior)
Nipples: I inverted? Discharge? _____ How long? _____
Breast size discrepancy? _____ Which? _____
Last clinical breast palpation: _____



History of prior breast surgery or radiation (procedure, reason, place, date)

Reason(s) for added view(s): _____

- ▲ FOCAL PAIN
- x LUMP
- /// SCAR
- ÁREA