

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD _____

FECHA DEL ÚLTIMO CICLO MENSTRUAL: _____ ¿ES USTED POST-MENOPÁUSICA? SÍ NO

VACUNA COVID: SÍ NO BRAZO: IZQ. DER. FECHA DE LA VACUNACIÓN: _____

FECHA DE SU ÚLTIMA MAMOGRAFÍA Y UBICACIÓN: _____

¿SE HA SOMETIDO A UN IRM DEL SENO? SÍ NO FECHA Y UBICACIÓN: _____

¿RAZÓN DEL IRM DEL SENO DE HOY? _____

¿TIENE ANTECEDENTES DE ALGÚN TIPO DE CÁNCER? SÍ NO

- SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUÉ TIPO Y CUÁNDO FUE DIAGNOSTICADO?

¿SE HA SOMETIDO A UNA BIOPSIA DEL SENO? SÍ NO

- SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿EN QUÉ LADO(S) Y AÑO(S)?
_____-¿CUÁLES FUERON LOS RESULTADOS?

¿SE HA SOMETIDO A UNA CIRUGÍA DEL SENO? SÍ NO

- SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿EN QUÉ LADO(S) Y AÑO(S)?

¿TIENE ANTECEDENTES DE CÁNCER DE MAMA FAMILIARES? SÍ NO

- SI LA RESPUESTA ES SÍ, CUÁL(ES) MIEMBRO(S) FAMILIAR(ES) Y SU EDAD AL DIAGNÓSTICO?

¿HA TENIDO PRUEBAS GENÉTICAS POSITIVAS? SÍ NO

-- SI LA RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR ENUMERE QUE PRUEBA FUE POSITIVA

¿TIENE IMPLANTES MAMARIOS? SÍ NO

¿TIPO DE IMPLANTES? SILICONA SALINOS AMBOS NO ESTOY SEGURA

¿SE HA SOMETIDO A QUIMIOTERAPIA? SÍ NO FECHA DE LA ÚLTIMA SESIÓN: _____

¿SE HA SOMETIDO A TERAPIA DE RADIACIÓN? SÍ NO FECHA DE LA ÚLTIMA SESIÓN: _____

TECHNOLOGIST SIGNATURE: _____ Date: _____

FIRMA DEL TÉCNICO

Fecha