

Paciente: _____ Fecha de hoy: ____/____/____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Teléfono #: _____

¿Auto remisión No Médico remitente: _____ Fecha de su última visita: _____

Médico principal, si difiere: _____ Fecha de su última visita: _____

¿Se ha sometido a una mamografía? No Sí ¿ Qué tipo de mamografía prefiere el día de hoy? 2D 3D

Centro médico: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Dirección: _____ Fecha en que se realizó la última mamografía: _____

Antecedentes familiares	¿Estos miembros de su familia han sido diagnosticados con cáncer de mama?				Edad cuando fue diagnosticada	Comentarios
	Madre	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sé		
	Hermana	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sé		
	Hija	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sé		
	Otra	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sé		

¿Ha sido diagnosticada con cáncer de mama? NO Sí → Derecho Izquierdo Ambos edad:_____

¿Se ha sometido a una biopsia o cirugía? NO Sí → Derecho Izquierdo Ambos edad:_____

Si la respuesta es sí, por favor marque todo lo que aplique:

	DER.	IZQ.	Ambos	Fecha
Aspiración de quiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Biopsia quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Biopsia con aguja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Mastectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Tumorectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Terapia con radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Implantes mamarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Reconstrucción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Reducción mamaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____

¿Actualmente tiene algún problema con los senos? NO sí

Si la respuesta es sí, ¿por cuánto tiempo? _____

¿Esta es la razón por la cual programó la cita de hoy? _____

Marque todo lo que aplique: DER. IZQ. Ambos

Dolor

Descarga Color: _____

Bulto

¿Actualmente recibe terapia de reemplazo hormonal? NO Sí

¿Toma anticonceptivos orales? NO Sí

Fecha de su última menstruación: ____/____/____

Por favor marque lunares, cicatrices y heridas operativas previas

Autorizo la divulgación de información, radiografías y copias pertinentes a mi historial médico y para seguimiento de cualquier resultado sospechoso.

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Technologist Notes ONLY:

Body habitus_____

Medial fullness_____

Prominent sternum/ribs_____

Limited Mobility_____

Covid Vaccine Yes or No RT/LT arm Date _____

Weight gain/loss since last mammo _____

Other notes:

Technologist Printed Name: _____

