

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: \_\_\_\_\_

