

Uso De la Oficina Solamente

MRN _____

Fecha: __/__/__

CUESTIONARIO DEL MAMMOGRAM

Nombre: _____ Edad: ____ Referir A Doctor: _____

Mamogram anterior? No Sí, Año _____ Facilidad: _____

Razón del examen: Línea de fondo Investigación Continuación (Izquierdo La derecha ____)

Es usted que tiene problemas con sus pechos: No Sí; Si sí, por cuántos meses? _____

Si sí, compruebe todo el que aplíquese:

Terrón Izquierdo La derecha Ambos

Dolor Izquierdo La derecha Ambos

Descarga Izquierdo La derecha Ambos

Otro Izquierdo La derecha Ambos

Tipo de descarga: _____

Otro, especifica: _____

Tenga cualquier pariente de la sangre (no casado) tenía cáncer de pecho? No Sí No sepa

Relación: _____ Diagnosticado en qué edad? _____

Tiene usted tenía cáncer de pecho? No, Don't Know, Sí: Izquierdo La derecha Ambos

Tiene usted tenía una biopsia o una cirugía del pecho antes? No Sí

Si sí, compruebe todo el que aplíquese:

Needle Biopsy Izquierdo La derecha Ambos

Mastectomy Izquierdo La derecha Ambos

Lumpectomy Izquierdo La derecha Ambos

Implants Izquierdo La derecha Ambos

Reduction Izquierdo La derecha Ambos

Other _____ Izquierdo La derecha Ambos

Izquierdo Fecha

La derecha Fecha

__/__/__

__/__/__

__/__/__

__/__/__

__/__/__

__/__/__

__/__/__

__/__/__

__/__/__

__/__/__

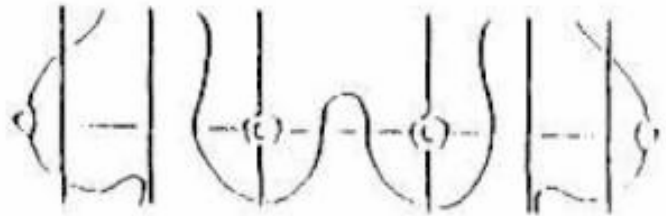
__/__/__

__/__/__

Atención: El radiólogo puede solicitar que usted se vuelva para la evaluación adicional. Dependiendo del tipo de tejido fino del pecho, el encontrar y el motivo de preocupación dependerán del tipo de adición que prueba necesitado. Provea por favor de nosotros la mejor manera de entrarle en contacto con si usted necesita la prueba adicional.

Teléfono Casero: (____) ____-____ Día Tarde Trabajo/móvil: (____) ____-____ Día Tarde

Comentarios del TECNÓLOGO



LA DERECHA
(Right)

IZQUIERDO
(Left)

Comentarios del RADIÓLOGO

