

CUESTIONARIO DE HISTORIA DE MAMOGRAFIA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Médico Remitente: _____
¿Mamografía Previos? No Sí Año: _____ ¿Dónde? _____

Motivo de Examen: Básico Anual Seguimiento IZQDA DRCHA *Apuntes:* _____
¿Tiene problemas con sus mamas? No Sí *¿Si - Sí, Por cuántos meses?* _____
 Si - Sí, marque todas las que apliquen: **Nódulo** Izquierda Derecha Ambas
Dolor Izquierda Derecha Ambas
Secreción Izquierda Derecha Ambas *Tipo de secreción:* _____
Otros Izquierda Derecha Ambas *Otros, especifique:* _____

La siguiente sección es de mayor importancia - favor de completar

¿Fecha de su primera menstruación? _____ **Pre-menopáusico, Peri o posmenopáusico (marque con un círculo)**
 ¿A qué edad tuvo su primer hijo/a? _____

¿Han tenido **cáncer de mamas** alguno de **sus parientes consanguíneos**? Sí No No Sé *¿Cuántos?* _____
 Parentela: _____ Materna/Paterna (marque con un círculo) **¿Edad al Diagnóstico?** _____
 Parentela: _____ Materna/Paterna (marque con un círculo) **¿Edad al Diagnóstico?** _____
 Parentela: _____ Materna/Paterna (marque con un círculo) **¿Edad al Diagnóstico?** _____

¿Han tenido **cáncer ovario** alguno de **sus parientes consanguíneos**? Sí No No Sé *¿Cuántas?* _____
 Parentela: _____ Materna/Paterna (marque con un círculo) **¿Edad al Diagnóstico?** _____
 Parentela: _____ Materna/Paterna (marque con un círculo) **¿Edad al Diagnóstico?** _____
 Parentela: _____ Materna/Paterna (marque con un círculo) **¿Edad al Diagnóstico?** _____

¿Ha tenido **usted** **cáncer de mamas**? No Mama Derecha Mama Izquierda Ambas Mamas
 ¿Ha tenido **usted** **cáncer ovario**? No Sí **Si - Sí, ¿Edad al Diagnóstico?** _____
 ¿Medicaciones Hormonales de Reemplazo actuales (MHR)? No Sí **¿Si - Sí, Fecha?** _____

¿Ha tenido una cirugía o biopsia de mamas antes? No Sí (Si - Sí, marque todo lo que aplique)
Biopsia por punción Izquierda Derecha Ambas IZQDA Fecha ___/___/___ DRCHA ___/___/___ Fecha
¿Cuántas biopsias de mamas ha tenido? _____
*¿Alguna vez ha tenido una biopsia de mama positiva para **hiperplasia atípica**?* _____
Mastectomía Izquierda Derecha Ambas IZQDA Fecha ___/___/___ DRCHA ___/___/___ Fecha
Extirpación Quirúrgica Izquierda Derecha Ambas IZQDA Fecha ___/___/___ DRCHA ___/___/___ Fecha
Implantes Izquierda Derecha Ambas IZQDA Fecha ___/___/___ DRCHA ___/___/___ Fecha
Reducción Izquierda Derecha Ambas IZQDA Fecha ___/___/___ DRCHA ___/___/___ Fecha
Otros Izquierda Derecha Ambas IZQDA Fecha ___/___/___ DRCHA ___/___/___ Fecha

Atención: El radiólogo puede pedirle que regrese para evaluación adicional. El tipo de pruebas adicionales necesarias dependerán del tipo de tejido de la mama, el descubrimiento del área de interés. Por favor, proporcione la mejor manera de ponerse en contacto con usted si necesita pruebas adicionales.
Teléfono de Casa: (____)____-____ Día Noche **Celular:** (____)____-____ Día Noche
 ¿Le podemos dejar un mensaje?: Sí No

Comentarios del Tecnólogo

