

Formulario De Historial De Imágenes De Senos

NOMBRE _____ FECHA _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

NOMBRE DEL MÉDICO(S) QUE DEBE RECIBIR LOS REPORTES _____

CORREO ELECTRONICO: _____

TELÉFONO DURANTE EL DÍA _____ TELÉFONO DURANTE LA NOCHE _____

SU DIRECCION _____

Pudiera estar embarazada? Si No *Informe al tecnólogo si usted esta o piensa que puede estar embarazada. Informe al tecnólogo si ha usado desodorante, antitranspirante, talco o loción en los senos.*

¿Cómo prefiere que lo contactemos, si es necesario? _____

¿Cuándo hizo su médico el último examen de seno (examen físico) (mes y año)? _____

¿Ha tenido antes una mamografía ? Si No Cuando? _____ Donde? _____

Porfavor Circule RUTINA o DERECHO o IZQUIERDO

HISTORIA DE MAMA – Ha tenido:

Razones por la que quiere realizarse esta mamografía/ultrasonido hoy:

RUTINA

- Siento un bulto. D I
- Siento un engrosamiento. D I
- Mi medico siente algo. D I
- Secreción del pezón. D I
- Nuevo cambio de pezón. D I
- Dolor D I
- Seguir algo previo D I

- () Cáncer de mama D I fecha _____
- () Biopsia de mama D I fecha _____ resultado _____
- () Aspiración de quiste D I fecha _____
- () Quiste removido D I fecha _____
- () reducción de senos D I fecha _____
- () Absceso dolor/ tratado D I fecha _____
- () Implantes de seno D I fecha _____

Último período menstrual _____ Si usted ha dejado de tener periodos, ¿a qué edad dejo de tenerlos? _____

¿Le han quitado los ovarios? SI NO AÑO _____

¿Ha tenido carcinoma ovárico? SI NO

USO DE HORMONAS

¿Has utilizado alguna vez las hormonas femeninas (incluyendo cremas vaginales, supositorios, o parches) como el estrógeno? SI NO

¿Si lo ha usado entre qué edades? _____ hasta _____ Esta actualmente usandolo? SI NO

HISTORIA FAMILIAR (Por favor indique la edad en la cual el cáncer se diagnosticó)

¿Quien tiene cancer de seno, y a que edad? _____

¿Quién ha tenido carcinoma ovárico y ¿a qué edad? _____

TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER DE MAMA (Porfavor circule uno)

¿Ha tenido una mastectomía o tumorectomía? SI O NO Si es así, ¿de qué lado? DERECHO IZQUIERDO

¿Alguna vez ha recibido terapia de radiación en los senos? SI O NO Si es, así, cuando? _____

¿Alguna vez ha tenido la quimioterapia para el cáncer de seno? SI O NO Si es, así, cuando? _____

Comentarios del Tecnólogo: PARA USO DEL TECNÓLOGO SOLAMENTE: CICATRICES Y LESIONES DE PIEL

