

Hoja de historial de mamografía

(uso en el consultorio)

Nombre: _____ Fecha del examen: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Estatura: _____ Peso: _____

1. ¿Tiene algún síntoma nuevo desde su último estudio de imagen mamaria, o síntomas o cambios actuales que le preocupen? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿tiene alguno de los siguientes? ☐ Bultos ☐ Dolor ☐ Alta hospitalaria ☐ Cambios en la piel
☐ Otros ☐ Ninguno

¿Cuándo empezaron estos síntomas? _____

Si es otro, especifique (incluir fecha de inicio de los síntomas) _____

2. Sexo asignado al nacer:

☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido ☐ No registrado en certificado de nacimiento ☐ Elije no divulgar
☐ No conforme con el género ☐ Incierto ☐ Intersexual

3. ¿Cuál es su identidad de género?

☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Mujer transgénero ☐ Hombre transgénero ☐ Otro ☐ Elije no divulgar
☐ No conforme con el género ☐ Algo más ☐ No binario

4. ¿Alguna pérdida de peso significativa? _____

5. ¿Cuál es su origen étnico? _____

6. ¿Es esta su primera mamografía? ☐ Sí ☐ No

7. ¿Cuándo fue la última vez que un médico le examinó las mamas? _____

8. ¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada? ☐ Sí ☐ No

9. ¿Cuál es su historial ginecológico?

☐ Premenopáusica ☐ Perimenopáusica ¿Cuándo fue su último ciclo menstrual? _____

☐ Postmenopáusica Menopausia ¿a qué edad? _____

10. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual? _____

11. Seleccione todas las cirugías de mama a las que se ha sometido:

☐ Lumpectomía ☐ Mastectomía ☐ Implantes ☐ Reducción ☐ Otro _____ ☐ Ninguno

12. ¿Ha tenido anteriormente alguno de los siguientes tipos de cáncer?

☐ Cáncer de mama ☐ Cáncer de ovarios ☐ Otro _____ ☐ Ninguno

¿Ha recibido tratamiento para el cáncer de mama? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, seleccione todas las opciones que correspondan: ☐Quimioterapia ☐Radiación
☐Cirugía

Año de diagnóstico: _____

13. ¿Le han hecho pruebas de detección de alguno de los siguientes genes cancerosos? Seleccione todas las opciones que correspondan:

☐BRCA 1 ☐BRCA 2 ☐Positivo para otra mutación ☐Ninguno

Especifique el resultado _____

14. ¿Alguna biopsia de mama previa? ☐Sí ☐No

15. ¿Algún antecedente familiar de cáncer? ☐Sí ☐No

En caso afirmativo, ¿hay antecedentes familiares de cáncer de mama u ovario? ☐Sí ☐No

Cumplimente esta sección solo si los miembros de su familia tenían/tienen antecedentes de cáncer de mama o de ovario.

Relación con el paciente: _____ ☐Materno ☐Paterno

¿Qué tipo de cáncer?: _____ Edad: _____

Pruebas genéticas para: _____ Resultado: _____

Relación con el paciente: _____ ☐Materno ☐Paterno

¿Qué tipo de cáncer?: _____ Edad: _____

Pruebas genéticas para: _____ Resultado: _____

Relación con el paciente: _____ ☐Materno ☐Paterno

¿Qué tipo de cáncer?: _____ Edad: _____

Pruebas genéticas para: _____ Resultado: _____

16. Radioterapia torácica anterior no relacionada con el cáncer de mama a la edad de _____

17. Quimioterapia previa a la edad de _____

18. ¿Ha usado alguna vez o está usando actualmente alguna de las siguientes hormonas? Seleccione todas las opciones que correspondan:

☐Anticoncepción hormonal ☐Progesterona ☐Raloxifeno ☐Estrógeno ☐Tamoxifeno ☐No especificado
☐Ninguno

Si ha usado o usa actualmente alguna de las hormonas indicadas, especifique:

Edad de primer uso: _____ Edad de último uso: _____ Duración del uso: _____ Duración prevista: _____

Paciente:

Firme arriba

