

PARK WEST RADIOLOGY

FORMULARIO PARA REVISIÓN POR MAMOGRAFÍA

COMPLETADO POR EL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de su Cita: / / Fecha de Nacimiento: / / Edad: _____

Médico de Cabecera: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN BÁSICA

Razón por su examen: _____

Nacionalidad: _____ Fecha de su última menstruación: / / ¿Está usted embarazada? Sí No

¿En los últimos 6 meses ha estado amamantando? Sí No

¿Se ha hecho mamografías anteriormente? Sí No Si, sí, fecha de su examen: / /

¿Trajo con usted hoy su mamografía (s)? Sí No

HISTORIAL PERSONAL

¿Tiene un antecedente de Cáncer en su familia? Sí No Si, sí, quién lo ha tenido? _____

¿Está usted posmenopáusica? Sí No

¿Número de embarazos? _____ ¿Número de hijos? _____

¿Edad de su primer embarazo? _____ ¿Edad de su último embarazo? _____

¿Historial personal de Cáncer del seno? Sí No Seno Derecho _____ Izquierdo _____

¿Terapia de radiación por Cáncer del seno? Sí No Seno Derecho _____ Izquierdo _____

¿Antecedente de lesión de alto riesgo en alguna biopsia? Sí No Seno Derecho _____ Izquierdo _____

¿Ha tenido quimioterapia en el pasado por cualquier tipo de Cáncer? Sí No

¿Ha tenido Cáncer en otras partes del cuerpo? Sí No

Si ha tenido Cáncer, por favor describa: _____

¿Toma algunos de los siguientes: Progesterona Tamoxifén Estrógeno Anticonceptivos hormonales

HISTORIAL DE CIRUGÍA DEL SENO

Reducción del Seno D ___ I ___ Lumpectomía D ___ I ___ Mastectomía D ___ I ___ Biopsia benigna D ___ I ___

Otras: Aspiración con aguja, Biopsia con aguja.

HISTORIAL DE IMPLANTES DEL SENO

¿Tiene implantes del seno? Sí No Si su respuesta es positiva, especifique, Seno Derecho ___ Seno Izquierdo ___

Especifique tipo y posición del implante indicando abajo:

Gel de Silicón Salina Silicón y Salina Atrás del Músculo Pectoral Adelante del Músculo Pectoral

PROBLEMAS DEL SENO

Anormalidad Palpable Anormalidad del Pezón

Secreción del Pezón Si, sí Secreción de sangre Secreción no de sangre

Problema de implante del seno Bolita o Espesura Grande Ganglio Linfático Axilar

Espesura retractable de la piel Dolor

SCREENED BY: _____ SCREENED WITH: _____

Technologist comments: _____ Technologists initials: _____

Yo verifico que las respuestas a estas preguntas están correctas y entiendo que no supliendo información o no dando información correcta puede afectar desfavorablemente la interpretación de este estudio.

Firma del Paciente: _____ Fecha: / /