



AUSTIN RADIOLOGICAL ASSOCIATION SPANISH MAMMOGRAPHY WORKSHEET

ACC#: _____ Site: _____ MRN: _____
Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Gender: _____ Exam Date: _____

Información Del Paciente (Para ser completado por el paciente): **Por Favor Escriba en Letra de Molde**
(Patient information)

Apellido del Paciente (Last name) **Nombre** (First name) **Apellido usado en la última prueba** (Last name on last exam) **Fecha de nacimiento** (Date of Birth)

¿Mamogramas previas? (Previous Mammograms) _____
Si su respuesta es afirmativa, favor de indicar cuando y donde. (Where and When?) _____

¿Previa cirugía o procedimientos en los senos? _____ Si su respuesta es si, por favor marque las casillas siguientes:

Tipo de Procedimiento (Type of Procedure)	Cual Seno(s)? (Which Breast Lt. or Rt.)	¿Las fechas del Procedimiento? (Dates of Procedures)	
Biopsia	Izq o Der	_____	que tipo: ¿Fue biopsia de aguja or de cirugía?
Aspiraciones	Izq o Der	_____	
Reducción	Izq o Der	_____	
Aumento	Izq o Der	_____	
Mastectomía	Izq o Der	_____	
Lumpectomía (debido a cáncer)	Izq o Der	_____	
Terapia de radiación	Izq o Der	_____	

Historia Personal: (Personal History)
¿Ha tenido cancer? _____ Si su respuesta es si, de qué tipo? _____
(History of cancer and type)

¿Ha tenido cancer del seno, su madre, su padre, su hermana, o su hija? _____
(Family history of breast cancer)

¿Si es sí, quien fue y qué edad emito el diagnóstico? _____
(If yes, who was it and at what age was diagnosis)

Informacion Actual: (Current History)
¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada? (pregnant) Si / No El primer dia de su ciclo menstrual _____
¿Está actualmente dando lactancia materna? (breast feeding) Si / No _____
¿Está usando hormonas? (Using hormones) Si / No ¿En caso afirmativo, por cuánto tiempo? (How long) _____
¿Su médico(os) la refirio para esta mamograma? (referred by doctor) Si / No _____

¿Qué es la razón para este examinación? Por favor escoge uno. (What is the reason for this exam?)
____ **Es una examinación rutina. No tengo problemas del seno.** (Routine, no problems)
____ **No rutina, yo tengo** _____ **un bulto del seno** (breast lump)
(Not routine. I have) _____ **especiamento de la piel o volteado** (skin thickening or dimpling)
____ **cambio del pezón** (nipple changes)
____ **desecho del pezón** (nipple discharge)
____ **seguimiento de un estudio reciente** (follow-up to recent mammo or breast sono)
____ **otra razón** (other reason)

Por favor describa en mas detallé el mencionado arriba: _____

