

Información del Paciente (Para ser completado por el paciente / Patient information):

Apellido del Paciente	Nombre	Apellido usado en la última prueba	Fecha de nacimiento
-----------------------	--------	------------------------------------	---------------------

¿Mamogramas, ultrasonido, o resonancia magnética de seno previas? Si No

Si su respuesta es afirmativa, favor de indicar cuando y donde. _____

¿El primer día de su ciclo menstrual? _____

¿Está usando hormonas? Si No ¿En caso afirmativo, por cuánto tiempo? _____

¿Previa cirugía o procedimientos en los senos? Si No Si su respuesta es si, por favor marque las casillas siguientes

Tipo de Procedimiento	¿Cual Seno(s)?	¿Las fechas del Procedimiento?	
Biopsia/Aspiraciones	<input type="checkbox"/> Izq or Der <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Aguja o Cirugia <input type="checkbox"/>
Aumento (Implantes)	<input type="checkbox"/> Izq or Der <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Salina o Silicona <input type="checkbox"/>
Reducción	<input type="checkbox"/> Izq or Der <input type="checkbox"/>	_____	
Mastectomía	<input type="checkbox"/> Izq or Der <input type="checkbox"/>	_____	
Lumpectomía (debido a cáncer)	<input type="checkbox"/> Izq or Der <input type="checkbox"/>	_____	
Terápia de radiación	<input type="checkbox"/> Izq or Der <input type="checkbox"/>	_____	

Historia Personal:

¿Alguna vez le han diagnosticado cáncer de seno? Si No

En caso afirmativo, ¿Cuándo, qué tipo de biopsia y en qué seno? _____

¿Ha tenido cancer del seno, su madre, su padre, su hermana, o su hija? Si No

¿Si es sí, quien fue y que edad emito el diagnóstico? _____

Información Actual:

¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada? Si No

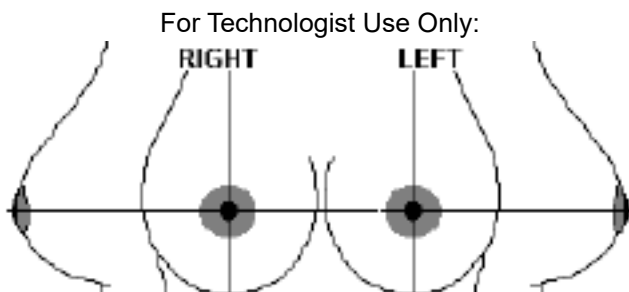
¿Está actualmente dando lactancia materna? Si No

¿Ha dado positivo por BRCA 1 o BRCA 2? Si No o NA (no ha sido examinado)

¿Que es la razón para este examinación? Por favor, seleccione uno:

- Rutina
 No tengo conocimiento de algun problema en los senos
 Tengo un fuerte historial familiar de cáncer de mama,
 Soy BRCA 1 y / o BRCA 2 positivo (circule según corresponda)
 otra razón
- No rutina, yo tengo un bulto del seno
 especiamento de la piel o volteado
 cambio del pezón
 desecho del pezón
 seguimiento de un estudio reciente
 nuevo diagnóstico de cáncer de mama
 otra razón

Por favor describa en mas detallé el mencionado arriba:



Technologist please document areas such as lump, scar, site of biopsy, etc.