

ACC#: _____ Ubicación: _____ MRN: _____

Nombre del Paciente: _____ Date of Birth: _____ Gender: _____ Exam Date: _____

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

Apellido del Paciente <i>(Last name)</i>	Nombre <i>(First name)</i>	Apellido usado en la última prueba <i>(Last name on last exam)</i>	Fecha de nacimiento <i>(Date of Birth)</i>
¿Mamogramas previas? <i>(Previous Mammograms)</i> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es afirmativa, favor de indicar cuando y donde.			
¿Previa cirugía o procedimientos en los senos? <i>(Where and When?)</i> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es si, por favor marque las casillas siguientes			
Tipo de Procedimiento <i>(Type of Procedure)</i>	¿Cual Seno(s)? <i>(Which Breast Lt. or Rt.)</i>	¿Las fechas del Procedimiento? <i>(Dates of Procedures)</i>	
Biopsia/Aspiraciones	<input type="checkbox"/> Izq or Der <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aguja o Cirugia <input type="checkbox"/>	
Reducción	<input type="checkbox"/> Izq or Der <input type="checkbox"/>	_____	
Aumento (Implantes)	<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: *(Personal History)*

¿Ha tenido cancer?
(History of cancer and type) Sí No
Si su respuesta es si, ¿de que tipo? _____

¿Ha tenido cancer del seno, su madre, su padre, su hermana, o su hija?
(Family history of breast cancer) Sí No

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

Factores de Alto Riesgo:

¿Tiene una mutación genética relacionada con los senos o tiene un pariente de primer grado con una mutación genética y no se ha realizado la prueba usted mismo (por ejemplo, BRCA1 / 2, Peutz Jeghers, Cowden's)? En caso afirmativo, explique más Sí No

¿Ha recibido radioterapia en el pecho debido al cáncer antes de los 30 años? Sí No

¿Ha tenido una biopsia de seno con resultados patológicos de hiperplasia ductal atípica (ADH) o una neoplasia lobular (como ALH vs LCIS)? En caso afirmativo, por favor explique Sí No

Información Actual: *(Current History)*

¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada?
(pregnant) Sí No El primer día de su ciclo menstrual _____

¿Está actualmente dando lactancia materna?
(breast feeding) Sí No

¿Está usando hormonas?
(Using hormones) Sí No ¿En caso afirmativo, por cuánto tiempo? _____

¿Que es la razón para este examen? Por favor, seleccione uno.
(What is the reason for this exam?)

<input type="checkbox"/> Es una examinación rutinaria. No tengo problemas del seno. <i>(Routine, no problems)</i>	<input type="checkbox"/> un bulto del seno <i>(breast lump)</i>
<input type="checkbox"/> No rutina, yo tengo <i>(Not routine. I have)</i>	<input type="checkbox"/> especiamento de la piel o volteado <i>(skin thickening or dimpling)</i>
	<input type="checkbox"/> cambio del pezón, desecho del pezón <i>(nipple changes)</i>
	<input type="checkbox"/> seguimiento de un estudio reciente <i>(follow-up to recent mammo or breast sono)</i>
	<input type="checkbox"/> otra razón (other reason)

Por favor describa en mas detallé el mencionado arriba: