

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

Por Favor Escriba en Letra de Molde

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)	Genero F o M (Date of Birth)
¿Mamogramas previas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es afirmativa, favor de indicar cuando y donde. (Previous Mammograms)				

¿Ha recibido la vacuna COVID-19?  Sí  No ¿Si es así, en qué brazo?  Izq  Der

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

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

**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 examinación? Por favor, seleccione uno. \_\_\_\_\_  
(What is the reason for this exam?)

**Es una examinación rutinaria. No tengo problemas del seno.** (Routine, no problems)

**No rutina, yo tengo**  
(Not routine. I have)

**un bulto del seno** (breast lump)

**especiamento de la piel o volteado** (skin thickening or dimpling)

**cambio del pezón, desecho del pezón** (nipple changes)

**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: