

☐ Nueva paciente ☐ Paciente que regresa Fecha de última regla: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

¿Es usted de descendencia judía ashquenazí? ☐ Sí ☐ No Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_

Motivo del examen (indicaciones clínicas/signos y síntomas): \_\_\_\_\_

¿Hay posibilidad de que usted esté embarazada? ☐ Sí ☐ No ¿Le han removido a usted el útero? ☐ Sí ☐ No

¿Ha hecho usted de mamar en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No ¿Le han removido a usted los ovarios? ☐ Sí ☐ No

¿Está tomando usted hormonas o estrógenos? ☐ Sí ☐ No ¿Está tomando usted píldoras anticonceptivas? ☐ Sí ☐ No

¿Si respondió que sí, por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Si respondió que sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Está tomando usted tamoxifeno o algún otro antiestrógeno? \_\_\_\_\_

Fecha de último examen de senos por doctor o enfermera: \_\_\_\_\_ Edad de menopausia: \_\_\_\_\_

Fecha de primera regla: \_\_\_\_\_ Edad de primer parto de bebé nacido vivo: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

¿Le han hecho a usted una biopsia del seno? ☐ Sí ☐ No Derecho \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_

Si respondió que sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Benigna (FA, FCC, papiloma) \_\_\_\_\_ Precancerosa (atipicidad, LCIS) \_\_\_\_\_

### ► Historial de cáncer del seno:

¿Ha tenido usted cáncer del seno? ☐ Sí ☐ No Derecho \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_

Si respondió que sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_ Edad al diagnóstico: \_\_\_\_\_

Por favor encierre en un círculo lo aplicable: DCIS, IDC, ILC

¿Le han hecho una mastectomía? ☐ Sí ☐ No Derecho \_\_\_\_\_ Izq. \_\_\_\_\_

Si respondió que sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Le han hecho una lumpectomía? ☐ Sí ☐ No Derecho \_\_\_\_\_ Izq. \_\_\_\_\_

Si respondió que sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Se ha sometido a quimioterapia? ☐ Sí ☐ No

Si respondió que sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Le han dado tratamiento con radiación? ☐ Sí ☐ No

Si respondió que sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

### Indique si le han hecho alguno de los siguientes procedimientos:

Aumento de senos – Implantes ☐ Sí ☐ No

Si respondió que sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Reducción de senos ☐ Sí ☐ No Elevación de senos: ☐ Sí ☐ No

Si respondió que sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido usted cáncer de ovarios? ☐ Sí ☐ No Edad al diagnóstico: \_\_\_\_\_

Irradiación de pared torácica por linfoma: ☐ Sí ☐ No

Edad al diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿Hay en su familia un historial de cáncer de los senos o los ovarios? Si respondió que sí, marque lo que sea aplicable:

<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Senos	<input type="checkbox"/> Ovarios	Edad: _____
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Senos		Edad: _____
<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Senos	<input type="checkbox"/> Ovarios	Edad: _____
<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Senos	<input type="checkbox"/> Ovarios	Edad: _____
<input type="checkbox"/> Tía (hermana de madre)	<input type="checkbox"/> Senos	<input type="checkbox"/> Ovarios	Edad: _____
<input type="checkbox"/> Tía (hermana del padre)	<input type="checkbox"/> Senos	<input type="checkbox"/> Ovarios	Edad: _____
<input type="checkbox"/> Abuela (materna)	<input type="checkbox"/> Senos	<input type="checkbox"/> Ovarios	Edad: _____
<input type="checkbox"/> Abuela (paterna)	<input type="checkbox"/> Senos	<input type="checkbox"/> Ovarios	Edad: _____
<input type="checkbox"/> Prima hermana (lado materno)	<input type="checkbox"/> Senos	<input type="checkbox"/> Ovarios	Edad: _____
<input type="checkbox"/> Prima hermana (lado paterno)	<input type="checkbox"/> Senos	<input type="checkbox"/> Ovarios	Edad: _____

Entiendo que esta organización proporciona servicios de imágenes del seno y que un radiólogo calificado interpreta los resultados. La mamografía es solo una de las acciones recomendadas para la detección temprana del cáncer de seno. No todas las anomalías son evidentes en una mamografía; por lo tanto, el programa mejor y más completo para la detección del cáncer de seno es una combinación de autoexámenes mensuales, mamogramas anuales y exámenes médicos.

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_

¿Le han hecho una prueba genética determinar si tiene propensión al cáncer (genes BRCA 1 y 2)? \_\_\_\_\_

Si responde que sí, ¿tuvo usted un resultado positivo para alguno de los dos genes? \_\_\_\_\_

¿Alguien en su familia tuvo resultados positivos para estos genes? Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_

### ¿Tiene usted algún síntoma nuevo?

*Bulto en el seno*

Izquierdo: ☐ Sí ☐ No Si responde que sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Derecho: ☐ Sí ☐ No Si responde que sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

*Dolor o incomodidad en un área específica*

Izquierdo: ☐ Sí ☐ No Si responde que sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Derecho: ☐ Sí ☐ No Si responde que sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

*Secreción del pezón*

Izquierdo: ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿por cuánto tiempo y qué color? \_\_\_\_\_

Derecho: ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿por cuánto tiempo y qué color? \_\_\_\_\_

*Pezón invertido u hoyuelos en la piel*

Izquierdo: ☐ Sí ☐ No Si responde que sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Derecho: ☐ Sí ☐ No Si responde que sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Le han tomado anteriormente imágenes del seno? ☐ Sí ☐ No

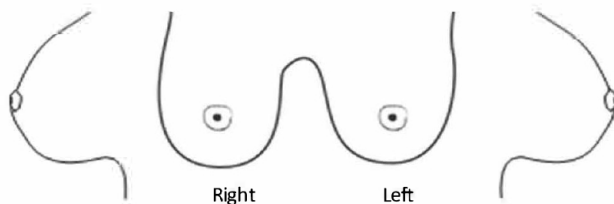
Si respondió que sí, ¿en qué fecha? \_\_\_\_\_

MAMOMAGRAFÍA \_\_\_\_\_ ULTRASONIDO \_\_\_\_\_ MRI \_\_\_\_\_

¿EN DÓNDE? \_\_\_\_\_

### \*PARA USO EXCLUSIVO DE LA TECNOLOGA\*

Lifetime Risk: \_\_\_\_\_ Breast Density: \_\_\_\_\_



Technologist Comments:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_