

Apellido	Nombre	In	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Referido por sí mismo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre de Doctor	Dirección de Doctor	Número de teléfono de Doctor				

HISTORIAL DEL PACIENTE – FORMULARIO DE MAMOGRAFÍA

1era Mamografía Última Mamografía ____ Años ____ Meses Menos de un Año Ubicación: _____

Ha tenido alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> Historial de cáncer de seno A qué edad? ____ <input type="checkbox"/> Historial de otro cáncer A qué edad? ____ Tipo: _____ Tratamiento: _____	Historial de cáncer de <u>seno</u> Familiar: (Pariente) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Abuela P/M <input type="checkbox"/> Tía P/M <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Abuelo P/M <input type="checkbox"/> Tío P/M <input type="checkbox"/> BRCA gene <input type="checkbox"/> Ashkenazi judío <input type="checkbox"/> Otro (miembro de la familia no inmediato)
---	--

Historial Ginecológica: <u>Esta Embarazada?</u> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Todavía menstruo? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, Último periodo menstrual _____ Menopausia? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, A qué edad ____ Histerectomía? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, A qué edad ____ # de partos vivos ____	Hormonas: Está tomando hormonas? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Tipo: _____ Duración: _____ Anticonceptivo: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Tipo: _____
---	---

Grupo Étnico: Caucásico Hispano Afroamericano Otro _____

Historial de uso de tabaco: <input type="checkbox"/> Fumo todos los días <input type="checkbox"/> Fumo algunos días <input type="checkbox"/> Ex fumador <input type="checkbox"/> Nunca e fumado <input type="checkbox"/> Desconozco haber fumado <input type="checkbox"/> Fumador, desconozco el estado actual <input type="checkbox"/> Usuario intenso del tabaco <input type="checkbox"/> Usuario leve del tabaco	Historial de tratamiento del seno: Por favor liste cualquiera de los siguientes procedimientos que ha tenido. Incluye fecha, tipo, laterales y resultados de la biopsia del seno, escisión, absorción de quiste, mastectomía, reducción, implantes de seno, u otro. <hr/> Problemas/Síntomas que siente del seno hoy :
--	---

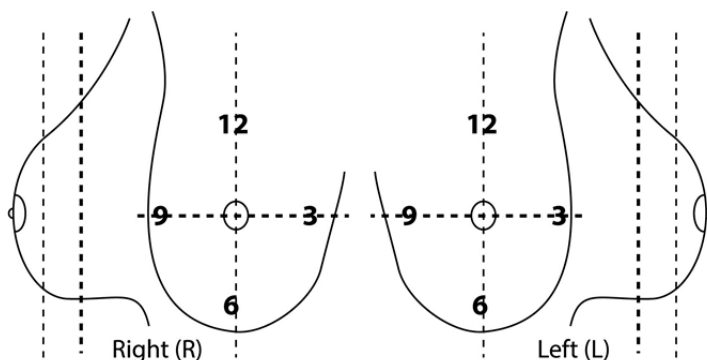
FOR TECHNOLOGIST USE ONLY:

Type: Screening Diagnostic Side: R L B Date: _____ Tech: _____

SCREENING CODE: 77067-3D 77067 OTHER: _____ DIAG CODE: 77066-3D 77066 77065-3D 77065 OTHER: _____

Views: _____ #TOMO: _____ BASELINE TECH REPEAT

Routine Views Special Views Implant Disp. Digital 3D



Comments: