**HISTORIAL DEL PACIENTE PARA CONSULTA POR MAMAS**



|  |
| --- |
| Nombre del paciente: |
| Fecha de nacimiento: |
| # historial médico: |

|  |
| --- |
| [ ]  No [ ]  Sí ¿Está embarazada, o cree que puede estarlo? |
| [ ]  No [ ]  Sí ¿Se realizó una mamografía anteriormente? Si la respuesta es sí, indique dónde Fecha: [ ]  No [ ]  Sí ¿Se realizó una IRM de mamas anteriormente? Si la respuesta es sí, indique dónde Fecha:  |
| [ ]  No [ ]  Sí ¿Usted o algún miembro de su familia menor de 50 años tiene o tuvo cáncer de mama?[ ]  No [ ]  Sí ¿Tiene dos o más casos de cáncer de mama del mismo lado de su familia?[ ]  No [ ]  Sí ¿Usted o algún miembro de su familia tiene o tuvo cáncer de ovario?[ ]  No [ ]  Sí ¿Usted o algún miembro de su familia tiene o tuvo ambos cánceres de mama y ovario?[ ]  No [ ]  Sí ¿Eres judía azkenazí con historial personal o familiar de cáncer de mama u ovario?[ ]  No [ ]  Sí ¿Usted o algún miembro de su familia tiene o tuvo cáncer maligno de mama? |
| [ ]  No [ ]  Sí ¿Está tomando hormonas actualmente? Si la respuesta es sí, indique el nombre: ¿Por cuánto tiempo? [ ]  No [ ]  Sí ¿Ha tomado hormonas en el pasado? Sí la respuesta es sí, indique desde qué fecha: Hasta:  |
| [ ]  No [ ]  Sí ¿Tiene implantes mamarios? Si la respuesta es sí, desde cuándo? ¿De qué tipo? [ ]  No [ ]  Sí ¿Alguna vez ha reemplazado sus implantes? Si la respuesta es sí, ¿desde cuándo? [ ]  No [ ]  Sí ¿Se quitó los implantes de forma permanente? Si la respuesta es sí, ¿desde cuándo? [ ]  No [ ]  Sí ¿Se realizó una cirugía de reducción o levantamiento de senos? Si la respuesta es sí, ¿desde cuándo?  |
| [ ]  No [ ]  Sí ¿Ha tenido alguna punción cuya biopsia fue benigna? Si la respuesta es sí, en qué seno: [ ]  Der. [ ]  Izq. ¿Cuándo? [ ]  No [ ]  Sí ¿Ha tenido alguna extirpación quirúrgica cuyo resultado fue benigno? Si la respuesta es sí, en qué seno: [ ]  Der. [ ]  Izq. ¿Cuándo? [ ]  No [ ]  Sí ¿Tiene un marcapasos?  |
| [ ]  No [ ]  Sí ¿Alguna vez la diagnosticaron con cáncer de mamas?[ ]  Tumorectomía: [ ]  Derecho - ¿cuándo? [ ]  Izquierdo - ¿cuándo? [ ]  Mastectomía: [ ]  Derecho - ¿cuándo? [ ]  Izquierdo - ¿cuándo? [ ]  Quimioterapia: Fecha de inicio: Fecha de fin: [ ]  Terapia de radiación: Fecha de inicio: Fecha de fin: [ ]  Terapia endócrina (Tamoxifen, Arimidex, Femara, etc.): Fecha de inicio: Fecha de fin: [ ]  Otro, describa:  |
| [ ]  No [ ]  Sí ¿Ha tenido cáncer en alguna otra parte del cuerpo? Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo? ¿Cuándo?  |
| [ ]  No [ ]  Sí ¿Ha tenido algún **NUEVO** problema mamario? Si la respuesta es sí, marque todos los que apliquen:[ ]  Dolor/sensibilidad [ ]  Derecho [ ]  Izquierdo[ ]  Nódulo [ ]  Derecho [ ]  Izquierdo[ ]  Secreción del pezón [ ]  Derecho [ ]  Izquierdo Color de la secreción: [ ]  Retracción del pezón [ ]  Derecho [ ]  Izquierdo[ ]  Cambios en la piel [ ]  Derecho [ ]  Izquierdo[ ]  Otro [ ]  Derecho [ ]  Izquierdo Describa:  |

Firma del paciente:

Fecha:

PARA USO DEL TECNÓLOGO ÚNICAMENTE

12 12

9 9

3 3

6 6

Derecho Izquierdo

Firma del tecnólogo

Fecha:

YP-1045 (9/12/13)