**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)