

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# historial médico: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DEL PACIENTE PARA CONSULTA POR MAMAS**

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 azkenazi 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? Si 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: \_\_\_\_\_

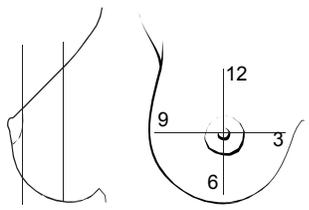
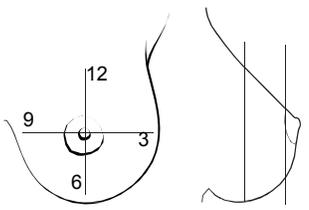
Retracción del pezón  Derecho  Izquierdo

Cambios en la piel  Derecho  Izquierdo

Otro  Derecho  Izquierdo Describa: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARA USO DEL TECNÓLOGO ÚNICAMENTE**

Derecho                      Izquierdo

Firma del tecnólogo \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_