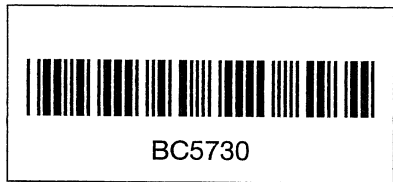


Rótulo del Paciente



Nombre completo \_\_\_\_\_ Teléfono residencial: \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Médico a quién se deben enviar los resultados \_\_\_\_\_  
 ¿Es esto su primera mamografía?  Si  
 Si  no, fecha y lugar de su último mamografía \_\_\_\_\_  
 Fecha del último examen clínico (examenfísica) del pecho por su médico \_\_\_\_\_  
 ¿ Practica usted auto-examen de su pecho?  Si  No

¿Estas experimentando algún problema del pecho actualmente?	Pecho				Desde:
	Si	No	Der	Izq	
Dolor/sensibilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bulto/engrosamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Derrame del pezón/ hemorragia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otros problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Favor de indicar si estas tomando algún medicamento hormonal actualmente:  
 No  Si- nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_

¿Tiene usted algún pariente consanguíneo cercano diagnosticado con cáncer del pecho?  
 No  Si - Parentesco \_\_\_\_\_ Edad cuando diagnosticado \_\_\_\_\_ años

¿Fue usted en alguna ocasión diagnosticado padeciendo de cáncer del pecho?  No  
 Si - tratamiento recibido:

<input type="checkbox"/> Masectomía	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo	Fecha _____
<input type="checkbox"/> Lumpectomía	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo	Fecha _____
<input type="checkbox"/> Tratamiento radiológico	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo	Fecha _____
<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo	Fecha _____
<input type="checkbox"/> Cirugía reconstructiva	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo	Fecha _____

Ha usted recibido algún procedimiento en el pecho, como:

<input type="checkbox"/> Biopsia quirúrgica	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo	Fecha _____
<input type="checkbox"/> Biopsia ultrasónica del núcleo	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo	Fecha _____
<input type="checkbox"/> Extirpación de un quiste	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo	Fecha _____
<input type="checkbox"/> Mamotomía	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo	Fecha _____
<input type="checkbox"/> Implantación	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo	Fecha _____
<input type="checkbox"/> Reducción	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo	Fecha _____

