



Facility: _____

History Form

MAM.POL.001
Mammography Manual / Regulatory Affairs
Effective Date: June 1, 2009

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Doctor: _____

Razón de este examen: _____

Ha tenido usted un mamograma anteriormente? Si No Cuando? _____ Adonde? _____

Ha tenido un MRI del seno anteriormente? Si No Cuando? _____ Adonde? _____

SINTOMAS DEL CUERPO

	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Derecho	Izquierdo	Cuanto Tiempo?
Se siente un bolita en el seno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Es esto algo nuevo en su seno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Tiene un lugar especifico de dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Ha tenido un golpe reciente en el seno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Encogimiento o liquido del pezón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Hoyuelos en la piel del seno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Información adicional: _____

HISTORIAL DE CIRUGIA DEL SENO

	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Derecho	Izquierdo	Mes/Año
Ha tenido cancer del seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Mastectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Lumpectomia (cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Biopsias (Aguja o Cirugia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Aspiración de aguja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Reconstrucción o Reducción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Implantes o inyecciones de silicon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____


Información adicional: _____

HISTORIAL GENERAL

Esta usted embarazada? Si No
 Ha dado pecho por los ultimos 4-6 meses? Si No
 Historial familiar de cancer del seno? Si No
 Cual parentezco? _____ Edad? _____
 Ha tenido otra clase de cancer? Si No
 Si la respuesta es si, que clase? _____
 Cual era su edad cuando tuvo su primer embarazo? _____ Años
 Información adicional: _____

PERIODOS MENSTRUALES

Menopausia? Si No
 Histerectomia? Si No
 Esta usted tomando hormonas/pastillas
 Anticonceptivas? Si No
 Que Clase? _____
 Por cuanto tiempo? _____

OFFICE USE ONLY <small>Clinical Findings</small> 	Clinical indications/Notes: _____ _____ _____ _____ _____ Technologist's Name: _____
---	--

1. Despues que se revise su mamograma, si existe una area que nesecite una evaluación mas intensa, nosotros nos pondremos en contacto con usted para hacer una nueva cita. (exámenes adicionales significan un nuevo cargo de pago).
2. Si un ultrasonido es recomendado, este se considera un examen separado y consiste de un nuevo cargo de pago.
3. Hasta lo que yo se, todo lo arriba escrito es verdadero y correcto.

Paciente Firma: _____ Fecha: _____