

Cuestionario de Pechos

Fecha del servicio: _____ Médico solicitante: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historia Personal:

1. Fecha de la última mamografía: _____ NORMAL ANORMAL
Lugar/Sitio: _____

2. ¿Ha tenido un ultrasonido de mama previo? SÍ NO

3. ¿Ha tenido una resonancia magnética (RM) de pechos previa? SÍ NO

4. Motivo del examen de hoy: (Marque uno)
De referencia (sin mamografía previa) Examen anual de rutina
Seguimiento a corto plazo Relacionado con un problema
Síntomas actuales: SÍ NO
Descubierto por: PACIENTE MÉDICO
Bulto: SÍ NO
Dolor: SÍ NO
Secreción del pezón: SÍ NO
Otro: _____

5. ¿Podría estar embarazada? SÍ NO

6. Fecha del último ciclo menstrual: _____

7. Fecha del último examen físico de pechos: _____

8. En los últimos 6 meses, ¿ha tomado?: Hormonas Pastillas anticonceptivas N/A

9. En los últimos 6 meses, ¿ha?: Amamantado Perdido peso N/A

10. ¿Ha sido diagnosticada con alguno de los siguientes?: Cáncer de mama Cáncer de ovario
LCIS Hiperplasia atípica Otro: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historia Quirúrgica Personal:

¿Procedimientos previos de pecho?: Sí, marque a continuación NO

Aspiración de quiste: <input type="checkbox"/>	DCHA <input type="checkbox"/>	IZQ <input type="checkbox"/>	Fecha: _____	Benigno <input type="checkbox"/>	Maligno <input type="checkbox"/>
Biopsia con aguja (Core): <input type="checkbox"/>	DCHA <input type="checkbox"/>	IZQ <input type="checkbox"/>	Fecha: _____	Benigno <input type="checkbox"/>	Maligno <input type="checkbox"/>
Biopsia en sala de radiología: <input type="checkbox"/>	DCHA <input type="checkbox"/>	IZQ <input type="checkbox"/>	Fecha: _____	Benigno <input type="checkbox"/>	Maligno <input type="checkbox"/>
Biopsia en quirófano: <input type="checkbox"/>	DCHA <input type="checkbox"/>	IZQ <input type="checkbox"/>	Fecha: _____	Benigno <input type="checkbox"/>	Maligno <input type="checkbox"/>
Reducción o levantamiento de pecho: <input type="checkbox"/>	DCHA <input type="checkbox"/>	IZQ <input type="checkbox"/>	Fecha: _____		
Implantes: <input type="checkbox"/>	DCHA <input type="checkbox"/>	IZQ <input type="checkbox"/>	Fecha: _____	Salina <input type="checkbox"/>	Silicón <input type="checkbox"/>
Lumpectomía maligna: <input type="checkbox"/>	DCHA <input type="checkbox"/>	IZQ <input type="checkbox"/>	Fecha: _____	Radioterapia <input type="checkbox"/>	Quimioterapia <input type="checkbox"/>
Mastectomía: <input type="checkbox"/>	DCHA <input type="checkbox"/>	IZQ <input type="checkbox"/>	Fecha: _____	Radioterapia <input type="checkbox"/>	Quimioterapia <input type="checkbox"/>

Historia Médica Familiar:

I. Alguien en su familia ha sido diagnosticado con cáncer de mama? Sí, especifique NO
 Si la respuesta es sí, indique quién y la edad al momento del diagnóstico (incluya línea materna y paterna):

Madre _____ Hermana _____ Abuela _____ Padre _____ Tía _____ Primo(a) _____ Hija _____

II. ¿Alguien en su familia ha sido diagnosticado con cáncer de ovario? Sí NO

He completado personalmente el cuestionario anterior. En caso de que los resultados de mi mamografía requieran algún tipo de seguimiento quirúrgico, autorizo al Premier Mountain Imaging Center a obtener los resultados de patología de mi médico, hospital y/o cirujano conforme a las directrices de la FDA bajo MQSA.

 Firma del paciente (o persona autorizada para firmar):

 Fecha:

 Relación con el paciente si firma en su nombre:

Para uso exclusivo de la oficina: _____ Tech Initials: _____

Prior Images: None-Baseline Yes - Sent w/ current study Unavailable _____

Tech Notes: _____

_____ # of images: _____