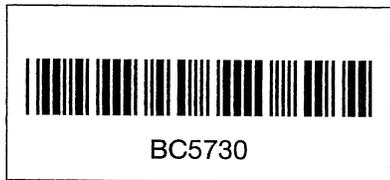


Rótulo del Paciente



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 _____

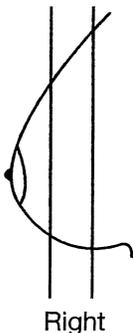
¿Tiene usted algún pariente consanguíneo cercano diagnosticado con cáncer del pecho?
 No Si - Parentesco _____ Edad cuando diagnosticado _____ años

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

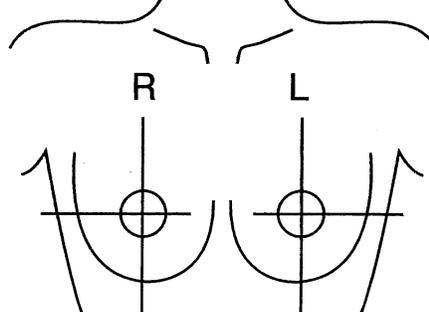
<input type="checkbox"/> Masectomía	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo	Fecha _____
<input type="checkbox"/> Lumpectomía	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo	Fecha _____
<input type="checkbox"/> Tratamiento radiológico	<input type="checkbox"/>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



Right



Left