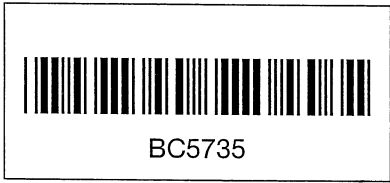


Rótulo del Paciente



Nombre completo _____ Teléfono residencial: _____
 Dirección _____ Teléfono celular _____
 Fecha de nacimiento _____
 ¿Practica usted auto-examen de su pecho? Si No
 Fecha del último examen clínico (examen física) del pecho por su médico _____
 ¿Es esto su primera mamografía? Si No
 Fecha y lugar de su último mamografía _____
 ¿Existe la posibilidad que se encuentra encinta? Si No
 Fecha de su última menstruación: _____ Su edad entonces ____ años.
 Su edad en su primera menstruación _____ años
 Su edad en su primer parto _____ años. Cantidad de embarazos completos _____
 Para efectos de facilitar el asesoramiento de riesgo de cáncer del pecho, favor de indicar su raza/etnicidad
 Blanco Afro-americano Hispano Asia-americano Americano nativo Desconocido.

¿Estas experimentando algún	Si		No		Pecho		Duración
	Si	No	Der	Izq	Der	Izq	
Problema del pecho actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
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 alguno de los siguientes medicamentos actualmente: nombre del medicamento: _____ Duración _____
 Terapia con Reemplazo de hormonas _____
 Tamoxifen/Arimidex/Fernara, etc. _____
 Píldoras anticoncepcionales _____
 Otros medicamentos anti Concepcionales _____

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

¿Fue Ud. diagnosticado en alguna ocasión padeciendo de cáncer del pecho?
 Sí No En caso que Si - indique el tratamiento recibido:
 Masectomía (amputación) Derecho Izquierdo Fecha _____
 Lumpectomía (terron) Derecho Izquierdo Fecha _____
 Tratamiento radiológico Derecho Izquierdo Fecha _____
 Quimioterapia Derecho Izquierdo Fecha _____
 Cirugía reconstructiva Derecho Izquierdo Fecha _____

Ha usted recibido algún procedimiento en el pecho, como:
 Biopsia quirúrgica Derecho Izquierdo Fecha _____
 Biopsia ultrasónica del núcleo Derecho Izquierdo Fecha _____
 Extirpación de un quiste Derecho Izquierdo Fecha _____
 Mamotomía Derecho Izquierdo Fecha _____
 Biopsia Dirigida Por MRI Derecho Izquierdo Fecha _____
 Implantación Derecho Izquierdo Fecha _____
 Reducción Derecho Izquierdo Fecha _____

