

CUESTIONARIO DE MAMOGRAFIA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (por favor imprima)

Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Medico
----------	---------------	---------------------	--------

Síntomas Actuales

¿Tiene actualmente algún síntoma?		Si ☐ / No ☐
¿Cual Cenó ?		¿Approx. Duración?
Izquierda ☐ Derecha ☐	Terrón (nuevo o agrandando)	
Izquierda ☐ Derecha ☐	Ternura / Dolor	
Izquierda ☐ Derecha ☐	Descarga sangrienta	
Izquierda ☐ Derecha ☐	Otra descarga	
Izquierda ☐ Derecha ☐	Espesamiento por retracción de la piel	
Izquierda ☐ Derecha ☐	Anormalidad del pezón	
Por favor describa cualquier otro síntoma que pueda estar experimentando:		

HISTORIA

¿Alguna vez te han diagnosticado cáncer?		Si ☐ / No ☐
¿Tipo?	Fecha de diagnostico	
¿Te sometiste a tratamiento?		
Si ☐ / No ☐		
¿Tipo?	Fecha de tratamiento	
¿Actualmente toma alguno de los siguientes medicamentos?		
Tamoxifeno Yes ☐ / No ☐	Nolvadex Yes ☐ / No ☐	Femera Yes ☐ / No ☐
¿Tiene antecedentes familiares de cáncer de mama? Si ☐ / No ☐		
Relación (madre, hermana, etc)	Edad de diagnóstico	

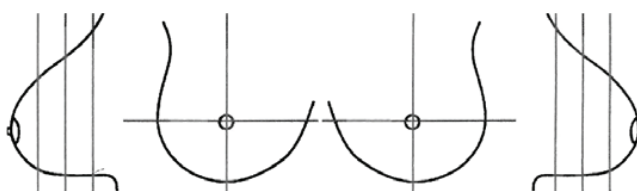
HISTORIA DE HORMONAS

¿Alguna vez ha tomado alguna de las siguientes hormonas?		
		¿Approx. Duración?
Si ☐ / No ☐	Estrógeno	
Si ☐ / No ☐	Progesterona	
Si ☐ / No ☐	Anticonceptivos orales	
	Otra	
¿Estas teniendo periodos regulares?		Si ☐ / No ☐
¿Edad cuando tuvo primer periodo?		
¿Fecha del último periodo?		
¿Alguna vez has estado embarazada?		Si ☐ / No ☐
Edad al primer embarazo	¿Número de embarazos?	¿Número de nacidos vivos?
¿Ha amamantado en los últimos 6 meses?		Si ☐ / No ☐
		¿Edad?
¿Ha tenido una histerectomía?		
¿Ha tenido una ooforectomía?		

HISTORIA QUIRÚRGICA Y DE TRATAMIENTO

¿Realiza usted autoexamen de mamas?		Si ☐ / No ☐
¿Con qué frecuencia?		
Enumere cualquier cirugía relacionada con los senos, biopsias, aspiraciones con agujas, etc.		
cenó derecho	cenó izquierdo	

(SÓLO PARA USO DEL TECNÓLOGO)

	
Derecha ● = Verruga o etiqueta de piel ○ = Terrón \\\\\\\ = Cicatriz Izquierda	

Autorizo la liberación de mis exámenes e informes de mamografía según lo considere mi médico referente para mi continuidad de atención y tratamiento.

firma del paciente	Tecnólogo	Fecha de examen
--------------------	-----------	-----------------