



DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA
HISTORIA DEL PACIENTE DEL MAMOGRAFÍA
 Revised: 4/12/17

Exam Date: _____
Status: _____
DOB: _____ Age: _____
Name: _____
Ref Phys: _____
Att Phys: _____
Prim Care Phys: _____
Register/Admit Date: _____
(Place Pre-Printed Patient Data Label Here)



Nombre del paciente: _____ Preferido ser llamado: _____

Nombre del médico: _____

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Tiene problemas de mama nuevo/actual? En caso afirmativo, qué tipo de: (marque todos que aplican) <input type="checkbox"/> dolor <input type="checkbox"/> global <input type="checkbox"/> descarga <input type="checkbox"/> otros: _____ | Sí | No |
| Si descarga, ¿de qué color? _____ ¿Cuánto tiempo? _____ | | |
| 2. ¿Ha llegado a la menopausia? | Sí | No |
| 3. ¿Fecha de último examen médico? _____ | | |
| 4. ¿Tenido una mamografía anterior? | Sí | No |
| ¿Cuándo? _____ | | |
| ¿Qué centro? _____ | | |
| 5. ¿Tienen un nombre diferente? | Sí | No |
| Si sí, ¿qué fue lo? _____ | | |
| 6. ¿Alguna vez ha tenido cirugía/biopsia de mama? | Sí | No |
| ¿Cuándo? _____ ¿Que pecho(s)? _____ | | |
| ¿Cuáles fueron los resultados? _____ | | |
| 7. ¿Tienes implantes mamarios? | Sí | No |
| ¿Cuándo fue la cirugía? _____ | | |
| 8. ¿Le han dicho que tiene cáncer? | Sí | No |
| ¿Qué zona del cuerpo? _____ Edad a diagnóstico _____ | | |
| 9. ¿Tienes algún antecedente familiar de cáncer de mama? | Sí | No |
| Relación: _____ Edad a diagnóstico _____ | | |
| 10. ¿Si la madre o la hermana se fue antes de la menopausia? | Sí | No |
| 11. ¿Hay alguna posibilidad de estar embarazada? | Sí | No |
| 12. ¿Se cuidó en los últimos tres meses? | Sí | No |
| 13. ¿A qué edad entregar sus primer término completo hijos? _____ | Sí | No |
| 14. ¿Han tenido un cambio de peso de más de 10 libras desde su última mamografía? | Sí | No |
| (Si sí, verificar la respuesta) <input type="checkbox"/> Ganar <input type="checkbox"/> Pérdida | | |

 Firma del paciente

 Date

 Time

 Tech Signature



NAME:

DOB: