

Número del paciente \_\_\_\_\_ Número del paciente \_\_\_\_\_  
*lo completa el técnico*

Nombre/s \_\_\_\_\_ Apellido/s \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

**Razón del examen** *(describa en detalle)*

\_\_\_\_\_

**¿Tiene alguna de las siguientes dolencias?** *(para cada uno, indique sí o no con un círculo)*

Sensibilidad en las mamas/Dolor de mamas	SÍ	NO	DERECHA	IZQUIERDA	BILATERAL	
Nódulos	SÍ	NO	DERECHA	IZQUIERDA	BILATERAL	Cuánto hace que los tiene: _____
Secreción del pezón	SÍ	NO	DERECHA	IZQUIERDA	BILATERAL	Color: _____
Retracción del pezón	SÍ	NO	DERECHA	IZQUIERDA	BILATERAL	Cuánto hace que le ocurre: _____
Piel de naranja	SÍ	NO	DERECHA	IZQUIERDA	BILATERAL	Cuánto hace que le ocurre: _____
¿Esta es su primera mamografía?	SÍ	NO	Si no lo es, cuándo y dónde fue la última: _____			

¿Se ha realizado una ecografía mamaria? SÍ NO Cuándo/Dónde: \_\_\_\_\_

¿Está embarazada? SÍ NO Si responde que SÍ, DEBE informarle al técnico antes del examen.

¿Todavía tiene ciclos menstruales? SÍ NO Fecha de la última menstruación: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez estuvo embarazada? SÍ NO Edad de su primer embarazo o parto: \_\_\_\_\_

¿Toma hormonas o utiliza algún método anticonceptivo? SÍ NO Tipo/Cuánto hace: \_\_\_\_\_

¿Tiene implantes mamarios? SÍ NO Solución salina Silicona Fecha del implante: \_\_\_\_\_

¿Fuma? SÍ NO

**Antecedentes de cáncer de mama**

Antecedentes **familiares** de cáncer de mama NO SÍ *(si responde que sí, continúe)*

Hermana Hija Madre Abuela Otro \_\_\_\_\_

Antecedentes **personales** de cáncer de mama NO SÍ *(si responde que sí, continúe)*

¿Qué tipo de cáncer de mama \_\_\_\_\_ Ubicación \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_

Estado actual *(elija una opción)* Recientemente Recurrencia Remisión

diagnosticado

Tratamiento *(indique con un círculo todos los que correspondan)* Cirugía Radiación Quimioterapia Tamoxifeno Arimidex

Fecha del último tratamiento \_\_\_\_\_ ¿Se ha extendido? NO SÍ *Si responde que sí, dónde*

¿Su visita de hoy se relaciona con el diagnóstico de cáncer? NO SÍ

**¿Ha tenido cirugías de mama, biopsias o estudios de diagnóstico por imágenes de mama?** NO SÍ

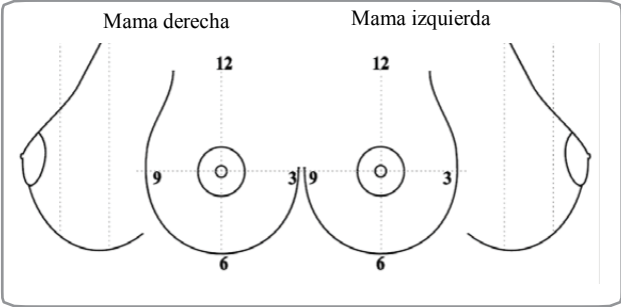
Descripción del procedimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Entiendo que del 10 al 20% de todos los tipos de cáncer de mama no se visualizan en las mamografías. Me responsabilizo del seguimiento con mi proveedor de salud por todos los futuros problemas de mamas.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



**NOTAS DEL TÉCNICO:** *(solo para uso interno)* Iniciales del técnico \_\_\_ RT(R)(M)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_