



RHODE ISLAND MEDICAL IMAGING

Cuestionario sobre antecedentes de la paciente: mamografía

[Nombre y fecha de nac. confirmados de la paciente _____]

Nombre: _____ Fecha: _____ Fecha de nac.: _____

Cantidad de embarazos: _____ Edad durante el primer embarazo: _____ Médico que la remite: _____

¿Ha experimentado algún síntoma hoy? Si es así, explíquelo: _____

¿Ha tenido cáncer de mama alguna vez? [] Sí [] No

¿Ha sido sometida alguna vez a una intervención mamaria o cirugía mamaria? [] Sí [] No

Si es así, complete lo siguiente:

	IZQUIERDA	DERECHA	FECHA:	DIAGNÓSTICO:
BIOPSIA	[]	[]	_____	_____
MASTECTOMÍA	[]	[]	_____	_____
ASPIRACIÓN				
DE QUISTE	[]	[]	_____	_____
IMPLANTES	[]	[]	_____	_____
REDUCCIÓN	[]	[]	_____	_____
TUMORECTOMÍA	[]	[]	_____	_____

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE MAMA: (responda sí [S] o no [N])

Madre _____ Hija(s) _____ Madre del padre _____ Padre de la madre _____
 Tía _____ Madre de la madre _____ Tía(s) del padre _____ Padre del padre _____
 Hermana _____ Tía(s) de la madre _____ Padre _____

ANTECEDENTES MENSTRUALES: Edad durante el primer período _____ Edad durante el último período _____

¿Todavía menstrúa? S N ¿Ha sido sometida a una histerectomía? S N Si es así, edad _____

¿Existe todavía la posibilidad de quedar embarazada? No Sí ¿Está amamantando? No Sí

¿Alguna vez ha recibido o está recibiendo cualquiera de los siguientes? Anticonceptivos orales _____

Medicación hormonal _____ Estatura _____ ft _____ in Peso _____ lb

ANTECEDENTES DE RADIOGRAFÍAS MAMARIAS: Si los tiene, lugar: Centro _____

Ubicación _____ Fecha _____

Acepto que toda la información en este formulario es correcta a mi leal saber y entender. Acepto permitir que RIMI obtenga radiografías mamarias previas de centros externos.

Firma de la paciente _____ Fecha _____

MOTIVO DEL EXAMEN DE HOY: DETECCIÓN: [] Inicial o de inicio [] De detección anual [] Otro

Seguimiento de *DIAGNÓSTICO* recomendado por el médico: [] Dolor [] Masa tumoral o bulto [] Secreción [] Sangrado [] Calcificación [] Umbilicación

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

RADIOGRAFÍAS PREVIAS: NINGUNA [] NO DISPONIBLES [] CON LAS RADIOGRAFÍAS DE HOY []

