

**Nota:** si hay **desodorante** o **polvos** en su pecho o bajo sus brazos, **por favor retírelo** antes del examen. Pídale ayuda al tecnólogo si la necesita.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Nombre del médico que la remitió: \_\_\_\_\_

1. ¿Alguna vez se ha sometido a una mamografía?  No  Sí  
Si la respuesta es sí, ¿en dónde y cuándo? \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene usted implantes?  No  Sí  
Si la respuesta es sí, por favor señale todas las opciones que correspondan:  Salino  Gel de silicona  Doble lumen  Aumento  
 Prepectoral  Pospectoral

3. ¿Es esta mamografía parte de una rutina?  No  Sí  
Si la respuesta es no, ¿por qué? \_\_\_\_\_  
(protuberancia, alta, retracción, engrosamiento, dolor, seguimiento por calcificación)

4. ¿Ha padecido usted cáncer de seno?  No  Sí  
Si la respuesta es sí, ¿a qué edad se le detectó? \_\_\_\_\_

5. ¿Hay alguien en su familia que haya tenido cáncer de seno?  No  Sí  
Si la respuesta es sí, ¿a qué edad se le detectó? \_\_\_\_\_

5a. Relación con el miembro de la familia que tuvo cáncer de seno:  Madre  Hermana  Hija  Otro

6. ¿Tiene usted historia familia de otro tipo de cáncer?  No  Sí  
Si la respuesta es sí, especifique: \_\_\_\_\_

7. ¿Está usted embarazada?  No  Sí  
Fecha del último periodo menstrual: \_\_\_\_\_ Edad en que tuvo por primera vez el periodo: \_\_\_\_\_

8. ¿Alguna vez se ha sometido a una histerectomía?  No  Sí  
Si la respuesta es sí, ¿le retiraron los ovarios?  No  Sí

9. ¿Ha tenido hijos?  No  Sí  
¿A qué edad tuvo su primer hijo? \_\_\_\_\_

Número de embarazos: \_\_\_\_\_ Número de nacimientos: \_\_\_\_\_

10. ¿Usa usted, o ha usado hormonas (Estrógeno, Premarin, Provera o Tamoxifen)?  No  Sí  
Si la respuesta es sí, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_  
¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
¿Todavía las usa? \_\_\_\_\_  
¿Cuándo dejó de usarlas? \_\_\_\_\_

11. ¿Ha amamantado durante los últimos 3 meses?  No  Sí

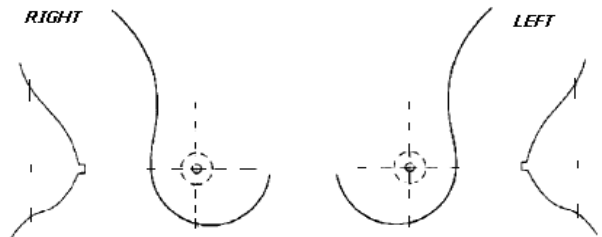
12. ¿Experimentó un cambio de peso de más de 10 libras el año pasado?  No  Sí

13. ¿Ha experimentado trauma lo suficientemente serio en su seno que haya dejado marcas negras y azules?  No  Sí  
Si la respuesta es sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**A ser completado por el tecnólogo**

Pregnant? \_\_\_\_\_  
Check: Breast surface (including medial, inferior)  
Nipples: I inverted? Discharge? \_\_\_\_\_ How long? \_\_\_\_\_  
Breast size discrepancy? \_\_\_\_\_ Which? \_\_\_\_\_  
Last clinical breast palpation: \_\_\_\_\_



History of prior breast surgery or radiation (procedure, reason, place, date)

Reason(s) for added view(s): \_\_\_\_\_

- ▲ FOCAL PAIN
- x LUMP
- // SCAR
- ÁREA