

MEDICAL ARTS

RADIOLOGY

medartsrad.com

WOMEN'S IMAGING

BREAST MEDICAL HISTORY

Massapequa Plainview Bay Shore Commack
East Setauket Huntington Patchogue West Islip

Nombre del paciente _____	Fecha _____
Número de teléfono _____	Número de teléfono alternativo _____
Edad _____	Fecha de cumpleaños _____

Existe la posibilidad de que esté embarazada?	No	Si		
Es esta su primera mamografía?	___	___		
Si no, donde usted se hizo su última mamografía? _____				Cuando? _____
Actualmente tiene algún problema en los senos?	No	Si	Que Seno?	Por cuanto tiempo?
Dolor en los senos?	___	___	Derecho ___ Izquierdo ___	_____
Bulto palpable o engrosamiento?	___	___	Derecho ___ Izquierdo ___	_____
Alguna anomalía de la piel o el pezón*?	___	___	Derecho ___ Izquierdo ___	_____
Descarga de pezón*	___	___	Derecho ___ Izquierdo ___	_____
Describe*:	_____			
Otra problema, describa:	_____			

Ha tenido alguno de los siguientes procedimientos de senos o cirugías?	No	Si	Que Seno?	Cuando?
Biopsia con aguja	___	___	Derecho ___ Izquierdo ___	_____
Biopsia quirúrgica	___	___	Derecho ___ Izquierdo ___	_____
Lumpectomía	___	___	Derecho ___ Izquierdo ___	_____
Mastectomía	___	___	Derecho ___ Izquierdo ___	_____
Implantes de seno	___	___	Derecho ___ Izquierdo ___	_____
Reducción de senos	___	___	Derecho ___ Izquierdo ___	_____
Reconstrucción del seno	___	___	Derecho ___ Izquierdo ___	_____

Anteriormente ha tenido cáncer de seno?	No	Si	Que Seno?	Cuando?
Si es así ha tenido:			Derecho ___ Izquierdo ___	_____
Radiación?	___	___		
Quimioterapia?	___	___		

Actualmente está tomando (circule la respuesta): Reemplazo de estrógeno Tamoxifen (Nolvadex) Píldoras anticonceptivas

Alguno se sus parientes más cercanos de sangre han sido diagnosticados con cáncer de seno? No Si

Alguno se sus parientes más cercanos de sangre han sido diagnosticados con cáncer de los ovarios? No Si

Relación: _____ Edad al diagnóstico: _____

Relación: _____ Edad al diagnóstico: _____

Ha tenido usted un examen de seno por un médico en el último año No Si

Si es así, cuando? _____

Hubo resultados? _____

Se me ha instruido sobre la importancia de la autoexploración de los senos, el examen anual clínico de un médico y una mamografía de rutina.

Firma del paciente: _____

Below for Technologist notes only:

--

Tech Initials

--