

**Prescott Medical Imaging, LLC.
Mammography Patient Data**

Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 Programada para: _____
 MRN#: _____ ACC#: _____

Se ha hecho anteriormente una Mamografía? Si No Si la respuesta es "Si", cuando? _____
 Donde? _____

Por que RAZON se sometera a un examen de diagnostico por imagenes del seno (marque una)?

- Es un examen (evaluacion) de rutina. No tengo problemas en los senos. Tiene usted implantes? _____ Si _____ No
 Es un examen adicional solicitado a raiz de un estudio reciente.
 Tengo los siguientes **PROBLEMAS** (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Un bulto nuevo que se puede sentir | <input type="checkbox"/> | Otro bulto o engrosamiento | <input type="checkbox"/> |
| Secreciones con sangre | <input type="checkbox"/> | Problemas en el pezon | <input type="checkbox"/> |
| Secreciones sin sangre | <input type="checkbox"/> | dolor en los senos | <input type="checkbox"/> |
| Examen medico poco claro | <input type="checkbox"/> | Cancer en otras areas | <input type="checkbox"/> |
| Problema con implantes | <input type="checkbox"/> | Nodulos grandes debajo de los brazos | <input type="checkbox"/> |
| Engrosamiento o retraccion de la piel observado durante el examen clinico de los senos | <input type="checkbox"/> | | |

Si uso alguna vez alguna de las siguientes HORMONAS, indique:

	Edad en que la uso por primera vez	Duracion del uso (meses)	Edad en que la uso por ultima vez	La usa actualmente ?
Pildoras anticonceptivas	_____	_____ meses	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Estrogeno	_____	_____ meses	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Progesterona	_____	_____ meses	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tamoxifeno	_____	_____ meses	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

De los siguientes FACTORES DE RIESGO, marque todos los que correspondan:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No conozco los antecedentes de mi familia en cuanto al cancer de seno | <input type="checkbox"/> Ya experimente la menopausia |
| <input type="checkbox"/> Tuve cancer de seno | <input type="checkbox"/> Nunca tuve hijos |
| <input type="checkbox"/> Tuve cancer de endometrio | <input type="checkbox"/> Tuve mi primer hijo despues de los 30 anos |
| <input type="checkbox"/> Tuve cancer de ovarios | <input type="checkbox"/> Nadie de mi familia tiene cancer de seno |
| <input type="checkbox"/> Se me realizo una biopsia de senos que mostro una lesion de alto riesgo | |
| <input type="checkbox"/> Mi tia, abuela o prima tuvieron cancer de seno | |
| <input type="checkbox"/> Mi madre, hermana o hija tuvieron cancer de seno | |

PROCEDIMIENTOS ANTERIORES?

	Lado (I, D o A)	Cuando?	Era Benigno, Maligno, de alto riesgo, o muestra insuficiente?		Lado (I, D o A)	Cuando?	Era Benigno, Maligno, de alto riesgo, o muestra insuficiente?
Aspiracion de un quiste	_____	_____	<input type="checkbox"/>	Mastectomia	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Biopsia por puncion	_____	_____	<input type="checkbox"/>	Radioterapia	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Biopsia excisional	_____	_____	<input type="checkbox"/>	Reduccion de senos	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Mastectomia parcial	_____	_____	<input type="checkbox"/>	Retiro de implantes	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Solo para uso interno bajo esta linea

