



HOJA DE INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F _____ M _____
 Direccion: _____
 Ciudad _____ Estado: _____ Codigo Postal _____
 Numero de telefono: () _____ Numero de Casa: () _____
 Numero de Seguro Social: _____

Origen Etnico: Americano _____ Indio Americano _____ Esquimal/Aleutiano _____ Asiatico/ Isleño del Pacifico _____ Hispano _____

¿Es esta su primera mamografia? No Si ¿Ha estado en otro lugar? _____ ¿Cual? _____ Fecha _____

Doctor que lo refirio _____

<p>Medicamentos: () Ninguno ¿Por cuanto tiempo?</p> <p>Estrogeno _____ Progesterona _____ Pildoras anticonceptivas _____ Tamoxifeno _____ ¿Otro y cuales? _____</p>	<p>Tratamiento previo: () Ninguno Fecha</p> <p>Aspiracion de quiste Der ___ Iz ___ Ambos ___ Reduccion de senos Der ___ Iz ___ Ambos ___ Biopsia con aguja Der ___ Iz ___ Ambos ___ Biopsia excisional Der ___ Iz ___ Ambos ___ Extirpacion de bulto Der ___ Iz ___ Ambos ___ Mastectomia Der ___ Iz ___ Ambos ___ Radioterapia Der ___ Iz ___ Ambos ___ Quimioterapia Der ___ Iz ___ Ambos ___</p>
<p>Historia Personal:</p> <p>Edad cuando empezo menstruando _____ Edad cuando termino menstruando _____ Fecha del ultimo periodo menstrual _____</p> <p>¿Le han estripado un ovario? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>¿Ha tenido histerectomia? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>Numero de embarazos _____</p>	<p>Tiene implantes: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>Silicone <input type="checkbox"/> Salina <input type="checkbox"/> Combinacion <input type="checkbox"/></p> <p>Pre-Pectoral (en frente del musculo) <input type="checkbox"/></p> <p>Retro-pectoral (detras del musculo) <input type="checkbox"/></p>
<p>Riesgos (Maque todos los que aplican) () Ninguno</p> <p>___ Historia familiar de cancer del seno ¿Quien? _____ Edad que diagnosticaron _____</p> <p>___ Historia personal de cancer del seno ___ Historia personal de cancer (utero, ovarios, colon, etc.) ___ Historia familiar de cancer (utero, ovarios, colon, etc.) ¿Quien? _____</p> <p>___ Historia de LCIS ___ Paciente post-menopausia ___ Ningun embarazo ___ Embarazo de edad avanzada (despues de los treinta años)</p>	<p>Por favor indique en el dibujo el sitio de los sintomas actuales o de cirugia previa</p> <p style="text-align: center;">Derecho Izquiero</p>

<p>Indique Problemas Presentes con:</p> <p>Ahora tienes:</p> <p>___ Reciente anormalidad del pezón ___ Bulto o engrosamiento ___ Anormalidad del seno ___ Dolor o molestia ___ Engrosamiento de la piel ___ Ganglios agrandados ___ Flujo/Sangramiento ___ Cancer en otro lugar (por favor indique)</p> <p style="text-align: center;">En este momento no estoy embarazada</p>	<p>() Ninguno Fecha:</p> <p>Der ___ Iz ___ Ambos ___ Der ___ Iz ___ Ambos ___ Der ___ Iz ___ Ambos ___ Der ___ Iz ___ Ambos ___ Der ___ Iz ___ Ambos ___ Der ___ Iz ___ Ambos ___ Der ___ Iz ___ Ambos ___</p> <p>Firma: _____</p>
--	---