



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 mamografía? No Si ¿Ha estado en otro lugar? _____ ¿Cual? _____ Fecha _____

Doctor que lo refirió _____

<p>Medicamentos: () Ninguno ¿Por cuanto tiempo?</p> <p>Estrogeno _____</p> <p>Progesterona _____</p> <p>Pildoras anticonceptivas _____</p> <p>Tamoxifeno _____</p> <p>¿Otro y cuales? _____</p>	<p>Tratamiento previo: () Ninguno Fecha</p> <p>Aspiracion de quiste Der ___ Iz ___ Ambos ___ _____</p> <p>Reduccion de senos Der ___ Iz ___ Ambos ___ _____</p> <p>Biopsia con aguja Der ___ Iz ___ Ambos ___ _____</p> <p>Biopsia excisional Der ___ Iz ___ Ambos ___ _____</p> <p>Extirpacion de bulto Der ___ Iz ___ Ambos ___ _____</p> <p>Masectomia Der ___ Iz ___ Ambos ___ _____</p> <p>Radioterapia Der ___ Iz ___ Ambos ___ _____</p> <p>Quimoterapia Der ___ Iz ___ Ambos ___ _____</p>
<p>Historia Personal:</p> <p>Edad cuando empezo menstruando _____</p> <p>Edad cuando termino menstruando _____</p> <p>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 (detrás 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</p> <p>___ Historia personal de cancer (utero, ovarios, colon, etc.)</p> <p>___ Historia familiar de cancer (utero, ovarios, colon, etc.) ¿Quien? _____</p> <p>___ Historia de LCIS</p> <p>___ Paciente post-menopausia</p> <p>___ Ningun embarazo</p> <p>___ Embarazo de edad avanzada (despues de los tiena años)</p>	<p>Por favor indique en el dibujo el sitio de los sintomas actuales o de cirugia previa</p> <div style="text-align: center;"> <p style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Derecho Izquiero </p> </div>

<p>Indique Problemas Presentes con:</p> <p>Ahora tienes:</p> <p>___ Reciente anormalidad del pezon</p> <p>___ Bulto o engrosamiento</p> <p>___ Anormalidad del seno</p> <p>___ Dolor o molestia</p> <p>___ Engrosamiento de la piel</p> <p>___ Ganglios agrandados</p> <p>___ Flujo/Sangramiento</p> <p>___ Cancer en otro lugar (por favor indique)</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">En este momento no estoy embarazada</p>	<p>() Ninguno Fecha:</p> <p>Der ___ Iz ___ Ambos ___ _____</p> <p>Der ___ Iz ___ Ambos ___ _____</p> <p>Der ___ Iz ___ Ambos ___ _____</p> <p>Der ___ Iz ___ Ambos ___ _____</p> <p>Der ___ Iz ___ Ambos ___ _____</p> <p>Der ___ Iz ___ Ambos ___ _____</p> <p>Der ___ Iz ___ Ambos ___ _____</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">Firma: _____</p>
---	---