

100 Health Park Drive
Louisville, CO 80027

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ (Incl. Ciudad, Estado, Código Postal)

Teléfono durante el día: (____) _____ Medico de Derivación: _____

CUESTIONARIO DE HISTORIA DE MAMOGRAFÍA

¿Mamografía previos? sí no Fecha: _____ ¿Dónde: _____

¿Autoexámenes de mama mensuales? sí no ¿Terapia hormonal actual? sí no

Medicaciones hormonales actuales: _____

¿Le redujeron las mamas? sí no Fecha: _____ ¿Tiene implantes mamarios? sí no Fecha: _____

Otras medicaciones (cont.): _____

Síntomas actuales en las mamas: _____

HISTORIA CLÍNICA:

¿Historia de cáncer de mama? sí no ¿Tratamiento/ cirugía de mama previos? sí no

¿Terapia radiante? sí no Fecha: _____ Duración: _____

¿Quimioterapia? sí no Fecha: _____ Duración: _____

¿Aspiración de quistes? sí no Fecha: _____ ¿Qué mama? izquierda derecha

¿Biopsia con Aguja Fina? sí no Fecha: _____ ¿Qué mama? izquierda derecha

¿Biopsia quirúrgica? sí no Fecha: _____ ¿Qué mama? izquierda derecha

¿Mastectomía? sí no Fecha: _____ ¿Qué mama? izquierda derecha

¿Extirpación de nódulos? sí no Fecha: _____ ¿Qué mama? izquierda derecha

¿Historia de otro cáncer? sí no

¿Uterino? sí no Fecha de diagnóstico: _____

¿Ovárico? sí no Fecha de diagnóstico: _____

¿Otro? sí no Fecha de diagnóstico: _____ Tipo: _____

HISTORIA MENSTRUAL:

¿Está embarazada actualmente? sí no no sé

Edad del primer período: _____ Último período menstrual: _____

¿Estuvo embarazada alguna vez? sí no Edad del primer embarazo a término: _____

Cantidad de embarazos: _____ Cantidad de nacimientos con vida: _____

¿Histerectomía? sí no Edad: _____

¿Extirpación de ovarios? sí no Edad: _____

¿Menopausia? sí no Edad: _____

HISTORIA FAMILIAR:

¿Historia familiar de cáncer de mama? sí no

Madre: sí no Edad al diagnóstico: _____

Hermana: sí no Edad al diagnóstico: _____

Hija: sí no Edad al diagnóstico: _____

Abuela materna: sí no Edad al diagnóstico: _____