

Informacion DelPaciente

Doctor que la refirió: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | |
|-----------|-----------------------------|--------|---|--------------------|
| Nombre | Fecha de nacimiento | Edad | Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | Correo electrónico |
| Dirección | Cuidad, estado, zona postal | Casa # | Trabajo # | |

HISTORIA PERSONAL

Es esta su primera mamografía? Sí No
Si ha tenido una mamografía anterior, cuando y donde?

Tiene implantes de seno? Sí No
If yes: Silicona Salina Combinación

Ha tenido reducción de seno? Sí No

Ha tenido levantamiento de seno? Sí No

Ha tenido cirugía de seno? Sí No

If yes: Der Iz Ambos

Biopsia mostró:

Hiperplasia Atípica Sí No

Lobular Carcinoma In situ (LCIS) Sí No

Biopsia Excisional Sí No

Alguna vez le han diagnosticado cáncer? Sí No

En caso afirmativo, qué tipo(s) y edad al momento del diagnóstico:

seno _____ ovario _____ útero _____

colorectal _____ estómago _____ páncreas _____

melanoma _____ próstata _____ otro _____

Ha tenido una Mastectomía? Der Iz Ambos
Cuando: _____

Ha tenido una lumpectomía? Der Iz Ambos
Cuando: _____

Ha tenido radioterapia? Der Iz Ambos
Cuando: _____

Ha tenido quimioterapia? Sí No
Cuando: _____

Edad de la primera menstruación? 7-11 12-13 >14

Fecha de su última menstruación? Edad: _____

Ha estado embarazada? Fecha: _____

Ha estado embarazada? Sí No

Ha que edad tuvo su primer hijo(a)? Edad: _____

ORIGEN ÉTNICO

Blanco Negro Indio Americano
 Asiático Isleño del Pacífico Isleño del Caribe
 Ashkenazi/Hebreo Hispano Otra Raza: _____

PROBLEMAS INDICADOS

Actualmente tiene:

Masa/Bulto/Nódulo Der Iz

Secreción del Pezón Der Iz

Dolor Der Iz

Nada

Explique sus síntomas:

HISTORIA FAMILIAR

Es usted adoptado (a)? Sí No

Alguno de los miembros de su familia ha sido diagnosticado con cáncer? Sí No

Enter (1) quién y (2) edad en el diagnóstico:

seno _____ ovario _____

útero _____ colorectal _____

estómago _____ páncreas _____

melanoma _____ próstata _____

otro _____

Alguien en su familia ha dado positivo para una mutación que incrementa el riesgo de cáncer? Sí No

En caso afirmativo, quién y qué gen (si sabe)?

Le interesaría recibir información sobre cáncer hereditarios? Sí No

FIRMAS

Para mi mejor conocimiento no estoy actualmente embarazada. Firma: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____