

NOMBRE: _____ DIRECCIÓN: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

TEL. HOGAR: _____ TEL. LABORAL: _____ TEL. CELULAR: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ CORREO ELECT.: _____

FECHA: _____

¿Hay posibilidades de que esté embarazada?	Sí	No	En este momento, ¿nota usted o su proveedor de atención médica un bullo en su mama?	Sí	Izq.	No	Der.
¿Amamantó en los últimos 6 meses?	Sí	No	¿Tiene algún malestar o dolor?	Sí	Izq.	No	Der.
¿Está recibiendo tratamiento de reemplazo hormonal?	Sí	No	¿Secreción del pezón? Si responde "Sí", describa. _____	Sí	Izq.	No	Der.
¿Tuvieron su madre, sus hermanas o sus hijas cáncer de mama?	Sí	No	_____				
Si responde "Sí", ¿le encontraron el cáncer de mama antes de la menopausia?	Sí	No	¿Enrojecimiento persistente o engrosamiento de la piel?	Sí	Izq.	No	Der.
¿Tuvo cáncer de mama?	Sí	No	¿Se ha hecho alguna biopsia por punción o aspiración de quiste (por punción) en el área de la mama?	Sí	Izq.	No	Der.
¿Tuvo cambios significativos en el peso desde su última mamografía?	Sí	No	Si responde "Sí", explique. _____				
¿Tiene antecedentes personales o familiares de cáncer de ovario o de colon?	Sí	No	_____				
¿Se ha hecho alguna mamografía anteriormente? Si responde "Sí", ¿dónde? _____	Sí	No	¿Se ha sometido a alguna cirugía en la mama? Por ejemplo, tumorectomía, mastectomía, biopsia no relacionada con cáncer o por motivos estéticos. (Ejemplos estéticos: implante mamario, levantamiento mamario, reducción mamaria) Si responde "Sí", explique. _____	Sí	Izq.	No	Der.

Doy mi autorización para que TPCA obtenga mis mamografías previas y los informes para hacer cualquier comparación necesaria.

Entiendo que mi compañía de seguros tal vez no cubra el examen si pasaron menos de 366 días desde la última mamografía de detección o si me indican que regrese para la obtención de otras imágenes o pruebas.

Firma de la paciente: _____

No escriba nada debajo de esta línea.

Circle Exam:

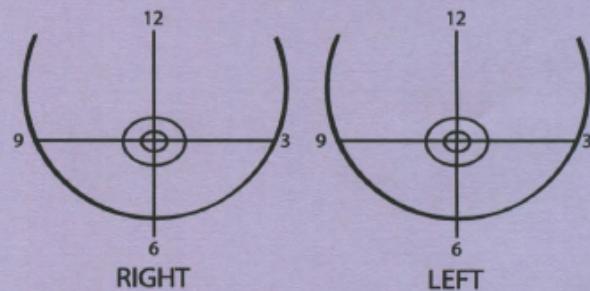
Bilateral Screening Mammogram

Bilateral Diagnostic Mammogram

Unilateral Screening Mammogram

Unilateral Diagnostic Mammogram

Diagnostic 6 month Follow-up: Bilat LT Only RT Only



Mammographer: _____