

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

¿Amamantó en los últimos 6 meses? Sí No

¿Está recibiendo tratamiento de reemplazo hormonal? Sí No

¿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

¿Tuvo cáncer de mama? Sí No

¿Tuvo cambios significativos en el peso desde su última mamografía? Sí No

¿Tiene antecedentes personales o familiares de cáncer de ovario o de colon? Sí No

¿Se ha hecho alguna mamografía anteriormente? Sí No
Si responde "Sí", ¿dónde? _____

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: _____

En este momento, ¿nota usted o su proveedor de atención médica un bulto en su mama? Sí No
Lza. Der.

¿Tiene algún malestar o dolor? Sí No
Lza. Der.

¿Secreción del pezón? Sí No
Si responde "Sí", describa. _____
Lza. Der.

¿Enrojecimiento persistente o engrosamiento de la piel? Sí No
Lza. Der.

¿Se ha hecho alguna biopsia por punción o aspiración de quiste (por punción) en el área de la mama? Sí No
Lza. Der.
Si responde "Sí", explique. _____

¿Se ha sometido a alguna cirugía en la mama? Sí No
Lza. Der.
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. _____

¿Ha recibido radioterapia en el área de la mama? Sí No
Lza. Der.
Si responde "Sí", explique. _____

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: _____

