

Forma De La Historia Del Paciente

Fecha _____ No. De Registro Medical # _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre (Ultimo) _____ (Medio) _____ (Primer) _____

 Médico que referio a usted _____ MD DO

Historia de Familia de Cáncer del Pecho:

¿Ha tenido usted, a parientes, cáncer del pecho?

 Sí Mismo _____ Edad _____ Madre _____ Edad _____ Hermana _____ Edad _____
 Abuela _____ Edad _____ Tía _____ Edad _____ Hija _____ Edad _____

Síntomas Corriente:

Bulto:	Descripción	_____
Descargo:	Descripción	_____
Hinchazón:	Descripción	_____
Delicadeza/dolor:	Descripción	_____
Puntas encogidas:	Descripción	_____
Hoyos en la teta:	Descripción	_____
Bulto axilar:	Descripción	_____
Además	Descripción	_____

Procedimientos:

¿Ha tenido procedimiento en lo listado?

Extirpación en el pecho	_____	Lado derecho o izquierdo	_____	Fecha/explicación	_____
Masa removida	_____	Lado derecho o izquierdo	_____	Fecha/explicación	_____
Reducción	_____	Lado derecho o izquierdo	_____	Fecha/explicación	_____
Teta removida	_____	Lado derecho o izquierdo	_____	Fecha/explicación	_____
Plantación	_____	Lado derecho o izquierdo	_____	Fecha/explicación	_____

Historia Médica:

¿Ha tenido examen del pecho por su doctor o enfermera? _____ ¿Cuándo? _____

 ¿Encontraron problemas con su pecho? Sí No Si marcó que sí explique:

¿Anteriormente ha tenido mamagrama? _____ Donde _____ Fecha _____

Fecha de la ultima menstruación _____ Edad al comienzo _____ Edad al parar _____

Cantidad de preñadas _____ Histerectomía _____ Fecha _____

¿Se han removido sus ovarios? _____ ¿Toma hormonas? _____

Nombre de suplemento de hormonas _____ Desde cuando _____

Firma del Paciente _____ Firma del Técnico _____

