assuredimaging
women's wellness

MRN _____

Apellido	Nombre	In	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo ☐ F ☐ M	Referido por sí mismo? ☐ Si ☐ No

Nombre de Doctor	Dirección de Doctor	Número de teléfono de Doctor

HISTORIAL DEL PACIENTE – FORMULARIO DE MAMOGRAFÍA

☐ 1era Mamografía Ultima Mamografía _____ Años ____ Meses ☐ Menos de un Año Ubicación:_____

Ha tenido alguno de los siguientes?

☐ **Historial** de cáncer de seno A qué edad? ____

☐ **Historial** de otro cáncer A qué edad? _____

Tipo_____ Tratamiento:_____

Historial de cáncer de seno Familiar: (Pariente)

☐ Madre ☐Hija ☐ Hermana ☐Abuela P/M ☐Tía P/M

☐Padre ☐Hijo ☐ Hermano ☐Abuelo P/M ☐Tío P/M

☐ **BRCA gene** ☐ Ashkenazi judío

Historial Ginecológica: ***Esta Embarazada?*** ☐NO ☐SI

Todavía menstruo? ☐NO ☐SI, Último periodo menstrual_____

Menopausia? ☐NO ☐SI, A qué edad _____

Histerectomía? ☐NO ☐SI, A qué edad_____ # de partos vivos____

Hormonas: Está tomando hormonas? ☐NO ☐SI

Tipo:_____ Duración:_____

Anticonceptivo: ☐NO ☐SI

Tipo:_____

Historial de uso de tabaco:

☐ Fumo todos los días

☐ Fumo algunos días

☐ Ex fumador

☐ Nunca e fumado

☐ Desconozco haber fumado

☐ Fumador, desconozco el estado actual

☐ Usuario intenso del tabaco

☐ Usuario leve del tabaco

Historial de tratamiento del seno: Por favor liste cualquiera de los siguientes procedimientos que ha tenido. Incluye fecha, tipo, laterales y resultados de la biopsia del seno, escisión, absorción de quiste, mastectomía, reducción, implantes de seno, u otro.

Problemas/Síntomas que siente del seno hoy :

FOR TECHNOLOGIST USE ONLY:

☐**Screening or** ☐**Diagnostic** Side _____ Proc Code _____ Date _____ Tech:_____

▶ Reason for Mammogram

☐ Breast Pain

☐ Lump or Mass in Breast

☐ Calcification

☐ Personal Hx Malig Neoplasm Breast

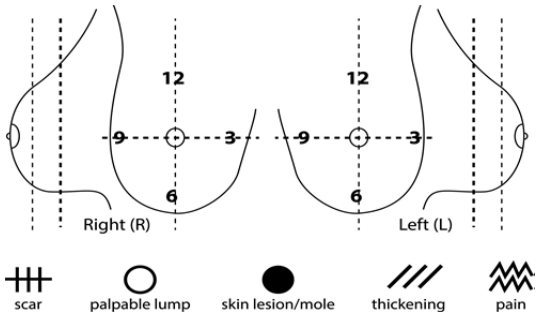
☐ Gynecomastia – Enlarged Breast

☐ Other _____

▶ Indicated Problems

L	R		L	R	
☐	☐	Palpable abnormality	☐	☐	Pain
☐	☐	Non-bloody discharge	☐	☐	Skin thickening/retraction
☐	☐	Bloody discharge	☐	☐	Nipple abnormality
☐	☐	Lump or thickening			

▶ Physical Findings



 # Views _____ ☐Routine Views ☐Special Views ☐Implant Displ ☐Digital

Side View Mag Spot Comp

Comments:_____

_____