

Fecha de examen ____ / ____ / ____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Edad ____
Mes Día Año

Nombre _____

Médico que la derivó _____

¿Ha recibido la vacuna COVID? no si

2° Médico que debe recibir informe _____

Fecha _____ ¿En cual brazo? _____ (Debido a que la vacuna puede causar inflamación de los ganglios, es posible que pruebas adicionales sean necesarias.)

Ultima Mamografía nunca
 Weinstein Imaging
 otro lugar: año _____ dónde? _____
 Ultimo RM de mama: año _____ dónde? _____

Cancer de ovarios NO Si
 Otro cancer: _____
 Terapia hormonal NO Si

tipo _____
 usado por ____ años
 usando actualmente
 dejó hace ____ años

Actualmente toma píldoras anticonceptivas NO Si

Herencia Judía Ashkenazi No sé NO Si

Pruebas para el gen del cáncer de mama en su familia NO Si
 tus resultados: _____
 resultados de tus parientes: _____

Parientes con cáncer de **Mama** NO Si

- madre (edad diagnosticada _____)
- hermanas (edad diagnosticada _____)
- abuela paterna / materna (edad diagnosticada _____)
- ____ tías paternas (edad diagnosticada _____)
- ____ tías maternas (edad diagnosticada _____)
- ____ hijas (edad diagnosticada _____)
- otras: _____

Parientes con cáncer de ovarios NO Si

- madre (edad diagnosticada _____)
- ____ hermanas (edad diagnosticada _____)
- abuela (edad diagnosticada _____)
- ____ tías paternas (edad diagnosticada _____)
- ____ tías maternas (edad diagnosticada _____)
- ____ hijas (edad diagnosticada _____)
- otras: _____

Altura ____ pies ____ pulgadas Peso ____ libras

Peso durante tu último mamograma ____ libras

Período menstrual comenzó a que edad ____

Primer bebé nacido a que edad ____ No aplica

¿Cuál es su estado menstrual?

- Menopausia (cambio de vida) a la edad ____
- Histerectomía a la edad de ____
- Perimenopáusica
- No estoy embarazada, hasta donde yo sepa primer día del último período ____ / ____ / ____
- Embarazada o posiblemente embarazada (informe al personal)

Firma del paciente _____

PREOCUPACIONES ACTUALES DE MAMA

NUEVA masa / bulto que usted o su médico siente NO IZQ DER
 cuánto tiempo? _____

NUEVO engrosamiento en su mama NO IZQ DER
 cuánto tiempo? _____

NUEVO dolor/sensibilidad en la mama NO IZQ DER
 cuánto tiempo? _____

Pezón invertido: cuánto tiempo? _____ NO IZQ DER

Secreción / sangrado del pezón NO IZQ DER
 cuánto tiempo? _____
 color: _____

HISTORIA CLÍNICA DE MAMA

Implantes de mama: año _____ NO IZQ DER
 salina silicona no sé

Reducción/ cirugía plástica de mama: NO IZQ DER
 año _____

Aspiración (drenaje) de quistes mamarios NO IZQ DER

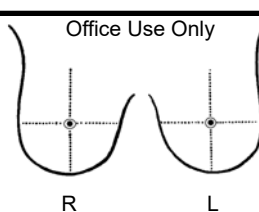
Biopsia benigna con aguja (no quiste): NO IZQ DER
 cuántas? _____

Biopsia benigna quirúrgica (no cáncer): NO IZQ DER
 cuántas? _____

Hiperplasia atípica: año _____ NO IZQ DER

Carcinoma lobular en situ: año _____ NO IZQ DER

Cáncer de mama: año _____ NO IZQ DER
 invasivo CDIS/intraductal
 tumorectomía mastectomía
 radiación quimioterapia
 terapia hormonal (tamoxifen)



Office Use Only

Shield _____
 Rm _____
 Cleaned _____ Tech _____