



Calcomanía del paciente

Huntsville & Madison Hospital Breast Centers

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido	Primer nombre / Inicial del segundo nombre	FECHA DE NACIMIENTO / /	Edad	Raza
----------	--	----------------------------	------	------

Año y lugar donde le hicieron su última mamografía _____
 Año de su último examen de las mamas (senos) realizado por un profesional de salud _____

SÍNTOMAS ACTUALES

	¿En cuál mama?	¿Duración?
Bulto / masa :	I / D	_____
Inversión del pezón:	I / D	_____
Secreción:	I / D	_____
Color de la secreción:		_____
Retracción de la piel:	I / D	_____
Dolor :	I / D	_____
Otros síntomas:	_____	

HISTORIAL HORMONAL

Fecha de su última menstruación: _____
 ¿Ha tomado hormonas alguna vez?: no sí
 Si contestó "Sí", indique el tipo (píldoras anticonceptivas, terapia hormonal sustitutiva, etc.) y las fechas del uso:

 ¿Ha amamantado en los últimos seis meses?
 no sí
 ¿Está amamantando actualmente? no sí
 ¿Ha su peso cambiado en más de 15 lb desde su última mamografía? no sí
 Si respondió sí, sírvase especificar _____

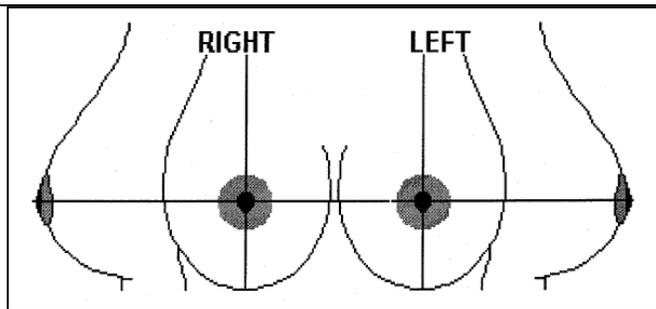
HISTORIAL DE BIOPSIA Y CIRUGÍA DE LAS MAMAS

Reducción de las mamas: no sí Si contestó "Sí", en qué año _____
 Implantes: no sí Si contestó "Sí", en qué año _____
 Por favor indique toda biopsia o cirugía de las mamas benigna previa e incluya en qué mama y el año aproximado:

HISTORIAL DE CÁNCER DE MAMA

¿Alguna vez se le ha diagnosticado cáncer de mama?
 no sí
 Si contestó "Sí", por favor conteste lo siguiente:
 ¿En cuál mama? derecha izquierda
 Año del diagnóstico _____
 Tipo de cirugía: tumorectomía mastectomía
 ¿Recibió quimioterapia?: no sí
 ¿Recibió radioterapia?: no sí
 Nombre del cirujano: _____
 Nombre del oncólogo médico: _____
 Nombre del radiooncólogo: _____

PARA EL USO POR EL TECNÓLOGO SOLAMENTE:



RIGHT = DERECHA LEFT = IZQUIERDA

COMENTARIOS DEL TECNÓLOGO

FIRMA, FECHA Y HORA DEL TECNÓLOGO

Huntsville and Madison Hospital Breast Centers

Cuestionario de antecedentes personales y familiares
(*Personal and Family History Questionnaire*)

Fecha en que se completó: _____

Etiqueta del paciente

¿A qué edad tuvo su primera menstruación? _____

¿Ha estado embarazada previamente? ____ Sí ____ No Si contestó sí, por favor indique la edad que tenía cuando dio a luz a su primer hijo: _____

Instrucciones: Encierre en un círculo la letra Y a las opciones que se apliquen a **USTED** y/o a **SU FAMILIA** (del lado de su madre o su padre). En los espacios provistos, indique el parentesco y la edad del diagnóstico. Especifique "**materno**" y "**paterno**" cuando mencione a los parientes afectados.

Evaluación del riesgo de cáncer de mama (seno)		Parentesco(s) con usted	Edad cuando se hizo el diagnóstico
Sí	No	¿Ha tenido USTED cáncer de mama?	
Sí	No	¿Tiene antecedentes familiares de cáncer de mama en madre, hija y/o hermana(s)?	
Sí	No	¿Ha tenido su padre o su hermano cáncer de mama?	
Sí	No	¿Se le ha hecho a USTED una prueba del BRCA u otras mutaciones genéticas? Si se le ha hecho, por favor indique la mutación y el resultado (positivo o negativo).	
Sí	No	Según su conocimiento, ¿ha alguno de sus parientes consanguíneos se le ha hecho la prueba del BRCA u otras mutaciones genéticas? Si se le ha hecho, por favor indique la mutación y el resultado (positivo o negativo)	
Sí	No	¿Se le han dado a USTED tratamientos con radiación en el pecho entre los 10 y los 30 años de edad para el tratamiento del cáncer, como por ejemplo linfoma?	
Sí	No	¿Tiene USTED antecedentes de hiperplasia lobular atípica, hiperplasia ductal atípica o carcinoma lobular <i>in situ</i> ?	

Información adicional		Parentesco(s) con usted	Edad(es) cuando se hizo el diagnóstico
Sí	No	¿Tiene antecedentes familiares de cáncer de mama (seno) en otros parientes, como por ejemplo abuelas o tías (especifique si es del lado paterno o materno)?	

Firma del paciente

Fecha

Firma del técnico

Fecha