

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido	Primer nombre/inicial del 2do nombre	Fecha de nacimiento / /	Edad	Raza
¿Es la evaluación de hoy su primera mamografía? _____ sí _____ no Si contestó no, año y lugar de su última mamografía: _____				

**SÍNTOMAS ACTUALES**

	¿Cuál de las mamas?	¿Duración?
Bulto	I / D	_____
Inversión del pezón:	I / D	_____
Secresión: I / D	_____	_____
Color de la Secresión:	_____	_____
Retracción de la piel:	I / D	_____
Sensibilidad: I / D	_____	_____
Otros síntomas:	_____	_____

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS DE LAS MAMAS**

¿Alguna vez le han hecho cirugía en una mama? \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ sí  
 Si contestó sí, por favor explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS**

La mama del hombre puede volverse sensible o crecer debido a efectos secundarios de medicamentos/fármacos necesarios desde un punto de vista médico. Por favor, indique todos los medicamentos que esté tomando o que pueda haber estado tomando cuando por primera vez notó los síntomas en la mama:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes de afecciones médicas, como por ejemplo insuficiencia cardíaca, cirrosis, afecciones de la tiroides o tumores pituitarios?  
 \_\_\_ No \_\_\_ Sí. Si contestó sí, por favor explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

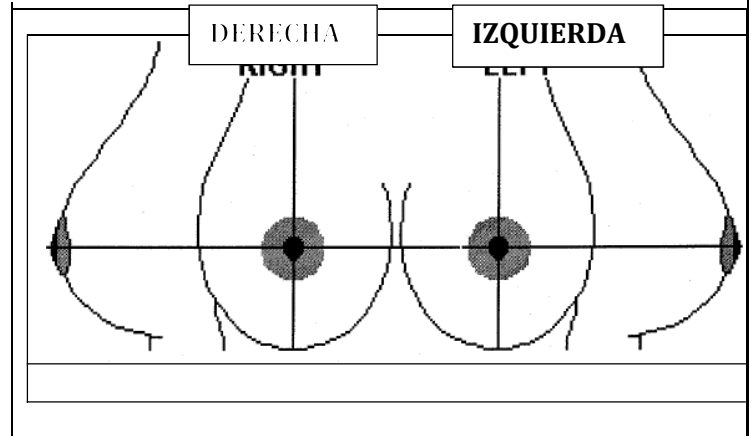
¿Tiene antecedentes familiares de cáncer de mama? Si los tiene, por favor indique el parentesco con usted y la edad aproximada del diagnóstico, si la sabe:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PARA USO DEL TÉCNICO SOLAMENTE**



**COMENTARIOS DEL TÉCNICO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL TÉCNICO,

FECHA Y HORA

