

**CUESTIONARIO DE MAMOGRAFIA**

Rev 7/24/17

FECHA \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

1.  Si  No Has tenido antes una mamografía? Cuando: \_\_\_\_\_ Adonde: \_\_\_\_\_
2.  Si  No Tienes algun problema de mama hoy? En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_
3.  Si  No Has tenido cancer(s) del seno? En caso afirmativo, -nombre del oncologo: \_\_\_\_\_  
 -que lado?  Derecha  Izquierda -tuvo una mastectomia?  Si  No  
 -edad diagnosticada : \_\_\_\_\_ -tu tratamiento de radiacion?  Si  No
4.  Si  No Ha tenido una biopsia benigna del seno? En caso afirmativo, que lado:  Derecha  Izquierda Cuando: \_\_\_\_\_
5.  Si  No Tenido cirugia de mama por otra razon que no sea cancer? (por ejemplo, implantes, reduccion, biopsia)?  
 Porque: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_
6.  Si  No Existe alguna posibilidad de embarazo? Fecha de su ultima menstruacion: \_\_\_\_\_
7.  Si  No Tienes puesto polvo del cuerpo, desodorante o locion?
8. Ademas de la doctora ordenando la mamografia de hoy, hay otro medico que deseas que reciba su reporte: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Historia de Familia** Le pedimos su ayuda en contestar la siguientes preguntas, esto va a permitir que Diagnostic Radiology Associates y su doctor determine si usted esta a alto riesgo de desarrollar cancer del seno. Si usted esta a alto riesgo, usted y su medico seran informados, y usted puede beneficiarse de consejero genetico. Si la respuesta es Si, por favor de dar la relacion del miembro de familia y la edad en la cual el cancer fue diagnosticado . Por favor, tenga en cuenta los siguientes familiares de sangre de parte de madre y de padre:

- 1<sup>er</sup> Grado Relativos Madre / Padre / Hermana / Hermano/ Hijos
- 2<sup>do</sup> Grado Relativos Tia / Tio / Abuelos / Sobrina/ Sobrino
- 3<sup>er</sup> Grado Relativos Primos / Bisabuelos / Tia Secundaria / Tio Secundario

Si  No Ha Usted o Cualquiera en su familia sido examinado para Syndroma Hereditario de Cancer? (e.g.BRCA gene)? Resultado \_\_\_\_\_

HISTORIA DE CANCER DE MAMA Y OVARIOS		Miembros de la familia			edad diagnosticado
		USTED	LADO MATERNO	LADO PATERNO	
S	N	Ha tenido cancer del seno diagnosticado de los 45 anos o mas joven?			
S	N	Ha tenido cancer del seno entre las edades de 46-50 anos <u>Y</u> un familiar con cancer del seno a cualquier edad?			
S	N	Ha tenido usted <u>O</u> cualquier persona en su familia cancer del seno que sea Triple Negativo (ER-, PR-, HER2-) diagnosticada a los 60 anos o mas joven?			
S	N	Ha tenido usted <u>O</u> cualquier persona en su familia cancer del los dos senos, o mas de una vez en el mismo seno?			
S	N	Ha tenido usted <u>O</u> cualquier persona en su familia que sea varon cancer del pecho a cualquier edad?			
S	N	En su familia, ha tenido su 1 <sup>er</sup> or 2 <sup>do</sup> grado relativo cancer de los ovarios a cualquier edad?			
S	N	En su familia, ha tenido su 1er or 2do de grado relative cancer del seno a los 45 anos o mas joven?			
S	N	En su familia, has tenido 2 familiares en el mismo lado de la familia en la qual los dos fueron diagnosticado a la edad de 50 anos o mas joven?			
S	N	En su familia, has tenido 3 o mas cancer del seno y/o cancer de las pancreas(incluso usted) en el mismo lado de su familia diagnosticado a cualquier edad?			
S	N	Eres judio <u>Y</u> ha tenido usted o cualquier persona en su familia cancer del seno, ovarios, o pancreas a cualquier edad?			

Qual es el mejor numero para ser contacto con usted para sus resultados? \_\_\_\_\_ Podemos dejar un mensaje? :  Si  No

Firma del paciente \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Technologist Use Only** Tech: \_\_\_\_\_ Comparison Board # \_\_\_\_\_ Digital / SC/DX / Report \_\_\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_ Genetic:  Yes  No  Already Had  Incomp \_\_\_\_\_

Screen  Diagnostic

