CUESTIONARIO DE MAMOGRAFIA

Rev 8-31-14

FECHA_____ NOMBRE_____FECHA DE NACIMIENTO_____ EDAD _____

1. □Si □No Has tenido antes una mamografia? Quando:_____ 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 afirmitivo, que lado: □Derecha □Izquierda Quando:_____
5. □Si □No Tenido cirugia de mama por otra razon que no sea cancer? (por ejemplo, implantes, reduccion, biopsia)?
Porque:_____ Quando:_____
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 contester 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:

1er Grado Relativos Madre / Padre / Hermana / Hermano/ Hijos
2do Grado Relativos Tia / Tio / Abuelos / Sobrina/ Sobrino
3er 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	USTED	Miembros de la familia LADO MATERNO	LADO PATERNO	edad diagnosticado
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 **Y** un familiar con cancer del seno a cualquier edad?				
S	N	Ha tenido usted **O** 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 **O** cualquier persona en su familia cancer del los dos senos, o mas de una vez en el mismo seno?				
S	N	Ha tenido usted **O** cualquier persona en su familia que sea varon cancer del pecho a qualquier edad?				
S	N	En su familia, ha tenido su 1er or 2do grado relativo cancer de los ovarios a qualquier edad?				
S	N	En su familia, ha tenido su 1er or 2do degrado 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 qualquier edad?				
S	N	Eres judio**Y** ha tenido usted o qualquier persona en su familia cancer del seno, ovarios, o pancreas a qualquier edad?				

Firma del paciente _____

****

Technologist Use Only Tech:_____ Comparison Board #_____

MRN_____ **Genetic: □Yes □No □Already Had □Incomp**

□Screen □Diagnostic

Digital / SC/DX / Report	Comments	
_____/_____/_____	_____	
_____/_____/_____	_____	
_____/_____/_____	_____	
_____/_____/_____	_____	
_____/_____/_____	_____	dig scr 8/22/05
_____/_____/_____	_____	all dig 6/18/07
		Cerner rep 6/4/07
Analog / SC/DX / Report	_____	Amicas 7/5/07
_____/_____/_____	_____	No jacket 5/12/08