

Nombre (Name): _____ **MRN:** _____ **Fecha de nacimiento (DOB):** _____
Fecha del día (Today's date): _____ **Edad (Age):** _____ **Altura (Height):** _____ **Peso (Weight):** _____
Teléfono durante el día (Daytime #): _____

Motivo del examen actual (Reason for Current Exam)

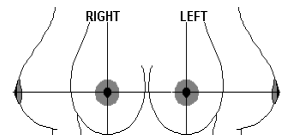
- Rutina, sin problemas (Routine, no problems)
(Right) (Left) (Both)
 Derecha Izquierda Ambas **Bulto en su mama** ¿Desde cuando? _____ ¿Quién detectó el bulto? Paciente Médico Otro: _____
 (Current lump) (How long) Was lump felt by: (Self) (Doctor) (other)
 Derecha Izquierda Ambas **Descarga de pezón:** ¿Desde cuando? _____ Color: _____;
 (Nipple discharge) (How long) (Color)
 Un sólo conducto Varios conductos ¿Cuándo ocurre? Al apretar con la mano Por sí solo
 (single duct) (multiple ducts) (Does it occur) (when manually expressed) (on its own)
 Derecha Izquierda Ambas **Cambio de aspecto de mama** ¿Desde cuando? _____
 (Change in breast appearance) (How long)
 Otro problema (other reason): _____

Antecedentes personales (Personal History)

- (No) (Yes)**
 No Sí ¿Alguna vez se le ha diagnosticado cáncer de mama? Si es así, ¿en qué mama? Derecha Izquierda Ambas
 (Have you previously been diagnosed with breast cancer) (If yes, which breast)
 No Sí ¿Ha recibido tratamiento de rayos en las mamas o el pecho? Si es así, ¿en qué mama? En el pecho
 (Have you had radiation therapy on breasts or chest) (If yes, which breast) (Chest)
 No Sí ¿Está usted embarazada (Are you pregnant)? Fecha de la última menstruación (LMP): _____
 No Sí ¿Tiene usted una histerectomía (Have you had a hysterectomy)? Fecha de la operación (date): _____
 No Sí ¿Está tomando hormonas (Are you taking hormones)?
 No Sí ¿Se ha hecho una mamografía (Prior mammogram)?
 No Sí ¿Se ha hecho un sonograma o MRI (Prior breast ultrasound or breast MRI)?

¿Se ha hecho alguna de las siguientes biopsias o operaciones (Have you had any of the follow breast biopsies or surgeries)?:

- No Sí Derecha Izquierda Ambas **Aspiración de quistes** (Cyst Aspiration)
 Si es así, cual fecha (date): _____
 No Sí Derecha Izquierda Ambas **Biopsia estereotáxica o de ultrasonido** (Stereotactic or U/S Biopsy)
 Si es así, cual fecha (date): _____
 No Sí Derecha Izquierda Ambas **Lumpectomía o mastectomía** (Lumpectomy or mastectomy)
 Si es así, cual fecha (date): _____
 No Sí Derecha Izquierda Ambas **Biopsia quirúrgica o por escisión** (Surgical or Excisional Biopsy)
 Si es así, cual fecha (date): _____
 No Sí Derecha Izquierda Ambas **Implantes** (Implants) Si es así, cual fecha (date): _____
 No Sí Derecha Izquierda Ambas **Reducción** (Reduction) Si es así, cual fecha (date): _____
 No Sí Derecha Izquierda Ambas **¿Tiene alguna cicatriz en las mamas?** (Scars on breast)
 No Sí Derecha Izquierda Ambas **¿Tiene algún lunar en las mamas?** (Moles on breast)
 No Sí Derecha Izquierda Ambas **¿Tienes la piel frágil o desgarrada debajo de la mama** (Skin breakdown/tears under breasts?)



Antecedentes familiares (Family History)

- Sí No ¿Tiene parientas con cáncer de mama? (Relative with breast cancer)
 Si es así, ¿quién? Madre Hermana Hija Tía Abuela Otra parienta: _____
 (If yes, who) (Mother) (Sister) (Daughter) (Aunt) (Grandmother) (Other relative)
 Edad cuando se le detectó el cancer (Age when cancer was found): _____

Firma de Paciente (Patient Signature): _____ Mammo Tech: _____