

CUESTIONARIO DE MAMOGRAFIA

Rev 7-10-19

FECHA _____ NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

1. Si No Has tenido antes una mamografia? 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 Estás tomando medicamentos de reemplazo hormonal? (por ejemplo, estrógeno)

8. Si No Tienes puesto polvo del cuerpo, desodorante o locion? Tienes puesto polvo del cuerpo, desodorante o locion?

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^{er} Grado Relativos Madre / Padre / Hermana / Hermano/ Hijos

2^{do} Grado Relativos Tia / Tio / Abuelos / Sobrina/ Sobrino

3^{er} 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 Y un familiar con cancer del seno a cualquier edad?			
S	N	Ha tenido usted Q 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 Q 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 cualquier edad?			
S	N	En su familia, ha tenido su 1 ^{er} or 2 ^{do} 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 Y 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: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Already Had <input type="checkbox"/> Incomp	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Screen <input type="checkbox"/> Diagnostic		_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____