

**DEPARAMENTO DE RADIOLOGIA**  
**CUESTIONARIO DE MAMOGRAFIA**

**SECCION A COMPLETAR POR EL PACIENTE:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Medico: \_\_\_\_\_

Ha tenido mamografia anteriormente?  No  Si

Donde? \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_

Yo entiendo que se me pidio traer mis placas anteriores.?  No  Si

Es esta mamografia de rutina?  No  Si

Motivo para la mamografia? \_\_\_\_\_

Hay alguna historia de cancer del seno en su familia?  No  Si

Indique quien y a que edad desarrollo cancer?

Yo \_\_\_\_\_ Mama \_\_\_\_\_ Hermana \_\_\_\_\_ Abuela \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Tiene usted implantes de seno?  No  Si (circule una) de agua o de Silicona

Fecha de su ultima menstruacion \_\_\_\_\_

Esta embarazada o hay la posibilidad que este embarazada en este momento  No  Si

Cuantos embarazos ha tenido? Cuantos hijos tiene? \_\_\_\_\_

Que edad tenia cuando tuvo su primer embarazo? \_\_\_\_\_

Ha tomado hormonas? (Estrogen, Premarin, Provera, Tamoxifen, alguna mas):  No  Si

Que tipo? \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ Continua usandolas? \_\_\_\_\_

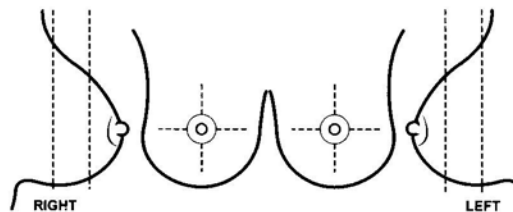
Ha usted lactado durante los ultimos 3 meses?  No  Si

Ha tenido un aumento de peso de mas de 10 libras en el pasado año?  No  Si

Ha tenido algun golpe en el seno que le haya dejado marcas o lesiones?  No  Si

Firma del Paciente ► \_\_\_\_\_

**TO BE FILLED OUT BY TECHNOLOGIST:**



**Apariencia del seno, examen fisica**

Lesiones que crecen (Lesion Growth)	RT	LT
Lunares (Moles)	RT	LT
Cicatriz (Scars)	RT	LT
Tumor	RT	LT

Patient MR#: \_\_\_\_\_

Check: Breast Surface (including medial, inferior) \_\_\_\_\_ Nipples inverted? \_\_\_\_\_ Discharge? \_\_\_\_\_

Size discrepancy? \_\_\_\_\_ Which? \_\_\_\_\_ Implants? \_\_\_\_\_ (circle one) Saline or Silicone

Last clinical breast palpation: \_\_\_\_\_ By Whom: \_\_\_\_\_

History of breast surgery or aspirations: (reason, location, date) \_\_\_\_\_

Radiation treatment? Started \_\_\_\_\_ Finished \_\_\_\_\_

Chemotherapy treatment? Started \_\_\_\_\_ Finished \_\_\_\_\_

Reason for added view: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tech: \_\_\_\_\_

Equipment cleaned and/or disinfected prior to procedure? \_\_\_\_\_ (Please check if done)

Technologist's Signature ► \_\_\_\_\_