

CUESTIONARIO DE HISTORIA DEL SENO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

Doctor quien remite: _____

SÓLO para el Uso del Técnico: _____

POR FAVOR ENCIERRE SÍ O NO A CADA PREGUNTA

¿**USTED** ha tenido mamografías anteriores? **Sí** **No**

¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____

¿**USTED** ha dado a luz? **Sí** **No**

SU edad cuando nació su primer hijo: _____

¿Qué edad tenía cuando **USTED** tuvo su primer período menstrual? _____

¿Ha cesado **SU** período menstrual? **Sí** **No**

¿A qué edad terminó **SU** período menstrual? _____

¿Ha tenido una Histerectomía? **Sí** **No**

¿Le removieron sus ovarios? **Sí** **No**

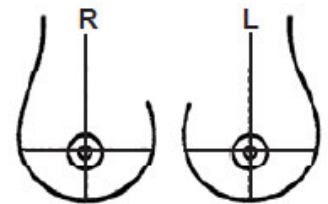
¿Está tomando hormonas **AHORA**? **Sí** **No**

¿Ha tomado hormonas en el **PASADO**? **Sí** **No**

¿Ha tenido radiación del seno por un linfoma Hodgkins? **Sí** **No**

¿**USTED** ha tenido cáncer de ovario o cáncer de colon? **Sí** **No**

Si es Sí, a qué edad _____
 Si es Sí, a qué edad _____
 ¿Por cuánto tiempo? _____
 ¿Por cuánto tiempo? _____
 Diagnosticado a qué edad: _____



Sólo para uso tecnológico

PARA PACIENTES QUE HAN TENIDO CÁNCER DEL SENO:

¿**USTED** ha tenido cirugía del seno debido al **CÁNCER**? **Sí** **No**

- Biopsia de Aguja (Cáncer) Fecha del Izquierdo: _____ Fecha del Derecho: _____
- Lumpectomía (Cáncer) Fecha del Izquierdo: _____ Fecha del Derecho: _____
- Mastectomía (Cáncer) Fecha del Izquierdo: _____ Fecha del Derecho: _____

¿**USTED** ha tenido una cirugía del seno que **NO** ha sido por cáncer? **Sí** **No**

- Biopsia de Aguja Fecha del Izquierdo: _____ Fecha del Derecho: _____
- Biopsia Quirúrgica Fecha del Izquierdo: _____ Fecha del Derecho: _____
- Lumpectomía Fecha del Izquierdo: _____ Fecha del Derecho: _____
- Reducción del Seno Fecha del Izquierdo: _____ Fecha del Derecho: _____
- Implantes del Seno Fecha del Izquierdo: _____ Fecha del Derecho: _____

***Por favor encierre si alguno de los siguientes PARIENTES han tenido Cáncer del Seno, Ovario o Colon:**

- **Madre:** Seno Ovario Colon Diagnosticado a qué edad: _____
- **Hermana:** Seno Ovario Colon Diagnosticado a qué edad: _____
- **Hija:** Seno Ovario Colon Diagnosticado a qué edad: _____
- **Padre:** Seno → Colon Diagnosticado a qué edad: _____

Firma de la Paciente: _____ **Fecha:** _____

Al firmar arriba, estoy confirmando que mi historia médica ha sido documentada correctamente y que estoy de acuerdo con la información documentada.