

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** Si es Sí, a qué edad _____
- ¿Le removieron sus ovarios? **Sí** **No** Si es Sí, a qué edad _____
- ¿Está tomando hormonas **AHORA**? **Sí** **No** ¿Por cuánto tiempo? _____
- ¿Ha tomado hormonas en el **PASADO**? **Sí** **No** ¿Por cuánto tiempo? _____
- ¿Ha tenido radiación del seno por un linfoma Hodgkins? **Sí** **No**
- ¿**USTED** ha tenido cáncer de ovario o cáncer de colon? **Sí** **No** Diagnosticado a qué edad: _____

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.