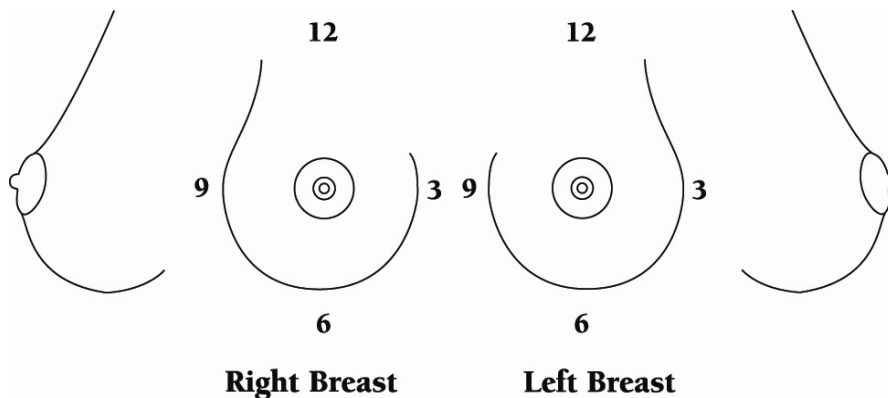


MAMMOGRAPHY WORKSHEET

Date of Exam: _____

Apellido:		Nombre:		Fecha de Nacimiento:		Edad:	
Domicilio:			Ciudad:			Estado:	Codigo Postal:
Número de teléfono de su casa:			MRN:	Nombre del doctor que la refirió:			
¿Existe la posibilidad de que este ud embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO							
Factores de riesgo: Historia personal de cancer en el seno: <input type="checkbox"/>							
Historia familiar de cancer en el seno:	<input type="checkbox"/> Madre	Aproximadamente la edad cuando fue diagnosticada: _____					
	<input type="checkbox"/> Hermana 1	Aproximadamente la edad cuando fue diagnosticada: _____					
	<input type="checkbox"/> Hermana 2	Aproximadamente la edad cuando fue diagnosticada: _____					
	<input type="checkbox"/> Hija	Aproximadamente la edad cuando fue diagnosticada: _____					

¿Se ha echo ud un mamograma?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Sil su respuesta fue sí, indique cuándo y dónde?
¿Tiene ud problemas en sus senos?			
¿Se ha sometido ud a alguno de los siguientes procedimientos?			
1. Biopsia de seno	<input type="checkbox"/> Derecho or <input type="checkbox"/> Izquierdo	Indique la fecha:	
2. Aspiración de algún quiste	<input type="checkbox"/> Derecho or <input type="checkbox"/> Izquierdo	Indique la fecha:	
3. Mastectomía	<input type="checkbox"/> Derecho or <input type="checkbox"/> Izquierdo	Indique la fecha:	
4. Lumpectomía	<input type="checkbox"/> Derecho or <input type="checkbox"/> Izquierdo	Indique la fecha:	
5. Tratamiento de radiacion	<input type="checkbox"/> Derecho or <input type="checkbox"/> Izquierdo	Indique la fecha:	
6. Aumento de senos (Implantes)	<input type="checkbox"/> Derecho or <input type="checkbox"/> Izquierdo	Indique la fecha:	
7. Reducción de senos	<input type="checkbox"/> Derecho or <input type="checkbox"/> Izquierdo	Indique la fecha:	
¿Esta ud tomoando hormonas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO			Indique el numero de años:



Technologist Initials:		Ultrasound:	<input type="checkbox"/> Right or <input type="checkbox"/> Left
------------------------	--	-------------	---