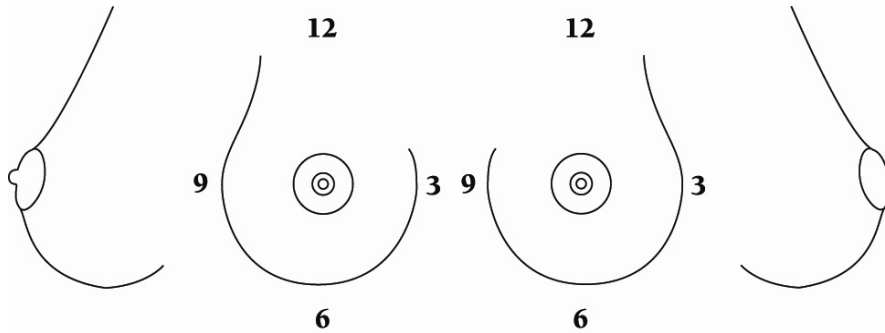


Date of Exam: \_\_\_\_\_

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							
<b>Factores de riesgo:</b> Historia personal de cancer en el seno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO en el ovario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO							
Historia familiar de cancer en el seno:				Historia familiar de cancer en el ovario:			
<input type="checkbox"/> Madre Aproximadamente la edad cuando fue diagnosticada: _____				<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 1 Aproximadamente la edad cuando fue diagnosticada: _____			
<input type="checkbox"/> Hermana 2 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: _____				<input type="checkbox"/> Hija Aproximadamente la edad cuando fue diagnosticada: _____			

¿Se ha echo ud un mamograma?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<b>Sil su respuesta fue sí, indique cuándo y dónde?</b>
¿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:



**Right Breast**

**Left Breast**

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