

IMAGENES PREVIAS DEL SENO DEL PACIENTE
(BREAST IMAGING PATIENT HISTORY)

Instructions:

1. Complete either side 1 or side 2.

2. Draw a single line through the side that does not apply.

Side 2 of 2

Sección I: Debe ser llenado por el paciente

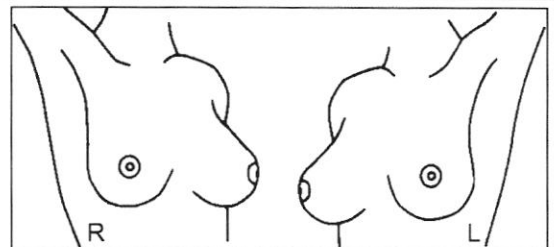
- No Sí ¿Se le ha administrado la vacuna contra el COVID-19?
 Fecha de la dosis 1: ___/___/___ Fabricante: _____ Brazo derecho Brazo izquierdo
 Fecha de la dosis 2: ___/___/___ Fabricante: _____ Brazo derecho Brazo izquierdo
 Vacuna de refuerzo: ___/___/___ Fabricante: _____ Brazo derecho Brazo izquierdo
- No Sí ¿Alguna vez se ha hecho una mamografía? Dónde: _____ Año: _____
 No Sí ¿Tiene problemas en las mamas en este momento?
 Motivo del examen de hoy: _____
- No Sí ¿Está embarazada?
 No Sí ¿Está amamantando?
 No Sí ¿Ha perdido mucho peso?
 No Sí ¿Está tomando hormonas?
- No Sí ¿Alguna vez ha tenido una biopsia de mamas benigna (no cancerosa)?
 Año: _____ Derecho Izquierdo Diagnóstico: _____
 Año: _____ Derecho Izquierdo Diagnóstico: _____
- No Sí ¿Alguna vez la han diagnosticado con cáncer de MAMA, incluyendo carcinoma ductal in situ (DCIS)?
 Año: _____ Derecho Izquierdo
 Tratamiento: Tumorectomía Mastectomía Radiación Quimioterapia
 Terapia de hormonas
 Año: _____ Derecho Izquierdo
 Tratamiento: Tumorectomía Mastectomía Radiación Quimioterapia
 Terapia de hormonas
- No Sí ¿Se ha sometido a una operación cosmética de mamas?
 Aumento (implantes) Reducción Elevación Reconstrucción del colgajo Otra: _____
- No Sí ¿Alguna vez ha tenido un diagnóstico por CUALQUIER tipo de cáncer?
 Tipo: _____ Año: _____
- No Sí ¿Tiene historia familiar de cáncer de mama o de ovarios?
 Tipo de cáncer: _____ Relación con usted: _____ Edad cuando lo diagnosticaron: _____
 Tipo de cáncer: _____ Relación con usted: _____ Edad cuando lo diagnosticaron: _____
- No Sí ¿Tienes un tatuaje? En caso afirmativo, especifique la ubicación: _____

 Firma del Paciente/Apoderado
(Patient/Representative Signature)

 Parentesco con el Paciente
(Relationship to Patient)

 Fecha
(Date)

 Hora
(Time)

Section II: To be completed by technologist


Technologist Signature/Title

Print Name or ID#

Date

Time