



ENCBASFRM

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 1 of 2

Section I: To be completed by patient

What sex is listed on your original birth certificate?
 Female
 Male
 I don't know
 Declines to Specify
 Other: _____

No Yes **Have you had a vaccine in the last 6 months?**
 If yes, what vaccine: _____ Right arm Left arm

No Yes **Have you ever had a mammogram?** Where: _____ Year: _____

No Yes **Are you having any problems with your breasts today?**
 Reason for today's exam: _____

No Yes Are you currently pregnant?

No Yes Are you currently breastfeeding?

No Yes Have you had significant weight loss?

No Yes Are you currently taking hormones? Type: _____
 If yes, for how long? _____ Day(s) Month(s) Year(s)

No Yes **Have you ever had a benign (not cancer) breast biopsy?**
 Year: _____ Right Left Diagnosis: _____
 Year: _____ Right Left Diagnosis: _____

No Yes **Have you ever been diagnosed with BREAST cancer, including Ductal Carcinoma in Situ (DCIS)?**
 Year: _____ Right Left
 Treatment: Lumpectomy Mastectomy Radiation Chemotherapy Hormone therapy
 Year: _____ Right Left
 Treatment: Lumpectomy Mastectomy Radiation Chemotherapy Hormone therapy

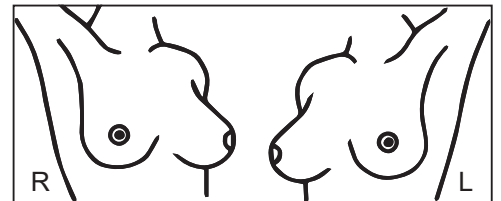
No Yes **Have you ever had cosmetic chest surgery?**
 Augmentation (implants) Reduction Lift Flap reconstruction Other: _____

No Yes **Have you ever been diagnosed with ANY type of cancer?** Type: _____ Year: _____

No Yes **Do you have a family history of breast and/or ovarian cancer?**
 Type of cancer: _____ Relation to you: _____ Age when diagnosed: _____
 Type of cancer: _____ Relation to you: _____ Age when diagnosed: _____

No Yes **Do you have a tattoo?** If yes, specify location: _____

_____ / / _____
 Patient/Representative Signature Relationship to Patient Date Time

Section II: To be completed by technologist


_____ / / _____
 Technologist Signature/Title Print Name or ID# Date Time

Interpretation: The information has been presented to the: Patient Representative Decision Maker in: _____
 The person who provided the interpretation is a qualified medical interpreter. Language

_____ Agency and ID# (if applicable)

_____ / / _____
 Witness Signature/Title Print Name or ID# Date Time

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

Instructions:

1. Complete either side 1 or side 2.

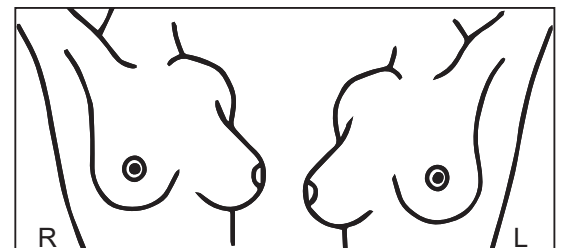
2. Draw a single line through the side that does not apply.

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 <i>(Patient/Representative Signature)</i>	Parentesco con el Paciente <i>(Relationship to Patient)</i>	Fecha <i>(Date)</i>	Hora <i>(Time)</i>
---	--	------------------------	-----------------------

Section II: To be completed by technologist


Technologist Signature/Title	Print Name or ID#	Date	Time
------------------------------	-------------------	------	------