



Fecha de Examen \_\_\_\_\_  
Date of Exam

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Patient Name Date of Birth

Muja  Hombre    Peso: \_\_\_\_\_    Altura: \_\_\_\_\_  
Female    Male    Weight    Height

1. Esta embarazada?  Si  No  
Is there any possibility that you could be pregnant?

2. Estado presente:  Antes de la menopausia  Después de la menopausia    Último periodo: \_\_\_\_\_  
Are you:    Before Menopause    After Menopause    Date of last menstrual period

3. Ha tenido un mamograma anteriormen?  Si  No  
Have you ever had a mammogram?  
Si contesto Si en Donde? \_\_\_\_\_ y cuando \_\_\_\_\_  
If yes, where?    when?

4. Tiene usted implantes de seno o ha recibido inyecciones para incrementar los senos?  Si  No  
Do you have or have you ever had breast implants or injections?  
Si contesto si menciones el tipo de implante (Salina o Silicón), fecha del implante, revisión, extracción, tipo de inyección?  
If yes, specify type of implant (saline or silicone), dates of implant insertion, revisions or removal or type of injections:

5. Se esta haciendo este mamograma por algun problema en los senos?  Si  No  
Are you having this mammogram due to a problem with your breast?  
Si contesto si explique: (masa, flujo, espesor, cambios en la piel o el pezón, seguimiento de mamograma)  
If yes, please explain: (such as lump, discharge, thickening, skin or nipple changes, follow-up for mammogram findings)

6. Ha recibido cirugía en los senos, biopsia, mamoplastía?  Si  No  
Have you ever had breast surgery, needle biopsy, or reduction mammoplasty?  
Seno derecho    Fecha: \_\_\_\_\_    Resultado: \_\_\_\_\_  
Right breast    Date:    Results:  
Seno izquierdo    Fecha: \_\_\_\_\_    Resultado: \_\_\_\_\_  
Left breast    Date:    Results:

7. Ha tenido alguna vez Cáncer en el seno?  Si  No  
Have you ever had breast cancer?  
Seno derecho    Fecha \_\_\_\_\_    Tratamiento:  Lumpectomía  Radiación  Mastectomía  Quimoterapia  
Right breast    Date    Treatment:    Lumpectomy    Radiation    Mastectomy    Chemotherapy  
Seno izquierdo    Fecha \_\_\_\_\_    Tratamiento:  Lumpectomía  Radiación  Mastectomía  Quimoterapia  
Left breast    Date    Treatment:    Lumpectomy    Radiation    Mastectomy    Chemotherapy

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_

8. Ha tenido algun otro tipo de cáncer?  **Si**  **No**

*Have had any other kind of cancer?*

Si contesto si explique: \_\_\_\_\_

*If yes, please explain*

9. Algún miembro de su familia ha tenido cáncer?  **Si**  **No**

*Has a family member had breast cancer?*

Madre, edad \_\_\_\_\_  hermana(s) edad(es) \_\_\_\_\_  Otros familiares edad(es) \_\_\_\_\_

*Mother, age*

*sister(s), age(s)*

*Other relatives(s), ages(s)*

10. Cuantos embarazos ha tenido? \_\_\_\_\_ Edad de su primer embarazo: \_\_\_\_\_

*How many pregnancies have you had?*

*Age at first pregnancy:*

11. Esta usando, o ha usado alguna hormona: (Estrógeno, Premarin, Provera, Tamoxifen)?  **Si**  **No**

*Do you, or have you used hormones: (Estrogen, Premarin, Provera, Tamoxifen)?*

Que tipo? \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ Todavía esta usando? \_\_\_\_\_ Dejo de usar? \_\_\_\_\_

*Which type?*

*How long?*

*Still using?*

*Stopped when?*

12. Cambio de peso de más de 10 libras desde su ultimo mamograma?  **Si**  **No**

*Weight change of more than 10 pounds since last mammogram?*

13. Ha recibido algún golpe en sus senos que le han causado cambio de color o marcas?  **Si**  **No**

*Have you ever had trauma to your breast to cause black and blue marks?*

Si contesto si en cual seno, y cuando? \_\_\_\_\_ Causa del trauma? \_\_\_\_\_

*If yes, where on which breast, when?*

*Cause of trauma?*

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

*Patient Signature*

**FOR OFFICE USE ONLY**

Check: Breast Surface (including medial, inferior)

Nipples: Inverted? Discharge?

Side \_\_\_\_\_ Duration \_\_\_\_\_

Breast size discrepancy: \_\_\_\_\_

Last clinical breast palpation: \_\_\_\_\_

Reasons for added views: \_\_\_\_\_

Comment: \_\_\_\_\_

Technologist's signature \_\_\_\_\_

