

SOUTH JERSEY RADIOLOGY

DATE: «CurrentDate» DOB: «PatientDOB» / AGE: «PatientAge»
PATIENT #: «PatientNumber» SEX: «PatientSex»
PATIENT NAME: «PatientFullName»

HISTORIAL DE MAMOGRAFIA

Está usando una bomba de insulina u otra unidad dispensadora de medicamentos?
Are you wearing an Insulin Pump or other medication dispensing unit?

Esta embarazada?
Is there any possibility that you could be pregnant?

Estado presente: Antes de la menopausia Después de la menopausia Último periodo:
Are you: before menopause after menopause Last menstrual period:

Ha tenido un mamograma anteriormen
Have you ever had a mammogram?

Si contesto Si en Donde? y cuando
If yes, where? when

Tiene usted implantes de seno o ha recibido inyecciones para incrementar los senos?
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:

Se esta haciendo este mamograma por algun problema en los senos?
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)

Ha recibido cirugía en los senos, biopsia, mamoplastía?
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:

Ha tenido alguna vez Cáncer en el seno?
Have you ever had breast cancer?

Seno derecho.....Fecha Tratamiento: Lumpectomía Radiación Mastectomía Quimioterapia
Right breast.....Date Treatment: Lumpectomy Radiation Mastectomy Chemotherapy

PATIENT #: «PatientNumber»

PATIENT NAME: «PatientFullName»

Seno izquierdo.....Fecha \_\_\_\_\_ Tratamiento:  Lumpectomía  Radiación  Mastectomía  Quimioterapia  
Left breast..... Date \_\_\_\_\_ Treatment:  Lumpectomy  Radiation  Mastectomy  Chemotherapy

Ha tenido algun otro tipo de cáncer?.....  No  Si  
Have you had any other kind of cancer?.....  No  Yes

Si contesto si explique \_\_\_\_\_  
If yes, please explain \_\_\_\_\_

Algún miembro de su familia ha tenido cáncer? .....  No  Si  
Has a family member had breast cancer? .....  No  Yes

Madre, edad \_\_\_\_\_  hermana(s) edad(es) \_\_\_\_\_  Otros familiares edad(es) \_\_\_\_\_  
 Mother, age \_\_\_\_\_  sister(s), age(s) \_\_\_\_\_  Other relatives(s), ages(s) \_\_\_\_\_

Cuantos embarazos ha tenido? \_\_\_\_\_ Edad de su primer embarazo: \_\_\_\_\_  
How many pregnancies have you had? \_\_\_\_\_ Age at first pregnancy: \_\_\_\_\_

Esta usando, o ha usado alguna hormona: (Estrógeno, Premarin, Provera, Tamoxifen).....  No  Si  
Do you, or have you used hormones: (Estrogen, Premarin, Provera, Tamoxifen)?.....  No  Yes

Que tipo? \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ Todavía esta usando? \_\_\_\_\_ Dejo de usar? \_\_\_\_\_  
Which type? \_\_\_\_\_ How long? \_\_\_\_\_ Still using? \_\_\_\_\_ Stopped when? \_\_\_\_\_

Cambio de peso de más de 10 libras desde su ultimo mamograma?.....  No  Si  
Weight change of more than 10 pounds since last mammogram?.....  No  Yes

Ha recibido algún golpe en sus senos que le han causado cambio de color o marcas?.....  No  Si  
Have you ever had trauma to your breast to cause black and blue marks?.....  No  Yes

Si contesto si en cual seno, y cuando? \_\_\_\_\_ Causa del trauma? \_\_\_\_\_  
If yes, where on which breast, when? \_\_\_\_\_ Cause of trauma? \_\_\_\_\_

Llevas una bomba de insulina, una unidad de medicación o de monitoreo? .....  No  Si  
Are you wearing an Insulin pump, medication dispensing or monitoring unit?.....  No  Yes

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

**Technologist 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: \_\_\_\_\_

