

MAMOGRAFÍA HOJA



ID de paciente _____
Última _____ En primer lugar _____ MI _____ DOB _____
Mencionado por _____ Edad _____
Refiere a sí mismo Si No No sé, tal vez

DEMOGRAFÍA

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono móvil _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ País _____	Sexo <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Macho Altura _____ft _____in Peso _____libras Origen étnico _____
--	--

FACTORES DE RIESGO PERSONALES <input type="checkbox"/> Gen del cáncer de mama _____ <input type="checkbox"/> Historia de cáncer de endometrio _____ <input type="checkbox"/> Historia de cáncer de mama _____ <input type="checkbox"/> Historia de alto riesgo de lesión _____ <input type="checkbox"/> Historia de cáncer de ovario _____ <input type="checkbox"/> Historia de cáncer de colon _____	A la edad _____ ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE MAMA Relación _____ A la edad Premenopausia _____ _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
---	---

ANTECEDENTES ginecológicos
Primer período menstrual en edad _____ Número de nacidos vivos _____ Primer embarazo a término en edad _____
Edad de la menopausia _____ Ovario izquierdo en edad _____ Ovario derecho a la edad _____
La histerectomía en edad _____

Primer embarazo a término en edad (Incluir fecha, tipo, y resultado)

Los implantes mamarios
 Derecho Date _____ Gel de silicona Salina Combinación Pre-pectoral Retro-pectoral
 Izquierda Date _____ Gel de silicona Salina Combinación Pre-pectoral Retro-pectoral

HISTORIA hormona

	Utilizando actualmente	Edad al primer uso	Edad en el último uso	Duración de uso
Los anticonceptivos orales	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____ años
El estrógeno	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____ años _____ meses
Progesterona	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____ años _____ meses
Tamoxifen	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____ años _____ meses
Raloxifene	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____ años _____ meses
Las hormonas No Especificado	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____ años _____ meses

LAS RECLAMACIONES ACTUALES/SYMP TOMS

 Primera mamografía Tiempo desde la última mamografía _____ años _____ meses <uno mes
Último período menstrual _____