

HOJA DE INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F: _____ M: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ E-Mail: _____
 Celular: () _____ Casa: () _____ Teléfono del Trabajo: () _____ Ext.: _____

Origen Etnico: Blanco Negro Indio Americano Isleño del Caribe
 Asiatico Isleño del Pacífico Ashkenazi / Hebreo Hispano Otra Raza: (Opcional) _____

Es esta su primera mamografía?: Si: _____ No: _____ Si ha tenido una mamografía anterior, cuando y donde?: _____

Doctor que la refirió: Dr. _____

Historia Personal

Tiene implantes de seno? S__ N__
 Silicona__ Salina__ Combinación__
 Ha tenido reducción de seno? S__ N__
 Ha tenido levantamiento de seno? S__ N__
 Ha tenido cirugía de seno? S__ N__
 Resultado (circule uno) Benigno o Maligno
 Mastectomía? Der__ lz__ Ambos__ Cuando? _____
 Radioterapia? Der__ lz__ Ambos__ Cuando? _____
 Quimioterapia? Der__ lz__ Ambos__ Cuando? _____

Problemas Indicados (marque todos los que aplican):

____ Ninguno
 Actualmente tiene:
 ____ Masa/Bulto/Nódulo? Der__ lz__
 ____ Secreción del Pezón? Der__ lz__
 ____ Dolor? Der__ lz__
 Explique sus síntomas:

Medicamentos:

____ Ninguno Por cuanto tiempo? _____
 Estrógeno _____
 Progesterona _____
 Píldoras Anticonceptivas _____
 Tamoxifenol / Arimidex _____
 Anticonceptivo Intrauterino S__ N__ _____

Perfil de Riesgos:

Personal:

Edad de la primera menstruación? __ 7 - 11
 __ 12 - 13
 __ > 14
 Edad cuando la menstruación terminó? _____
 Fecha de su última menstruación? _____
 Ha estado embarazada? S__ N__
 Ha que edad tuvo su primer hijo(a)? _____
 Ha tenido una biopsia de seno? Der__ lz__
 Ambos__ No__
 Biopsia mostró hiperplasia atípica? S__ N__
 Biopsia mostró Locular Carcinoma InSitu? S__ N__
 Historia Personal de Cáncer de seno? S__ N__
 Edad que la diagnosticaron? _____
 Historia personal de cáncer de ovario?
 Edad que la diagnosticaron? _____
 Historia personal de cáncer, otro tipo? _____
 Ha recibido tratamiento para fertilidad? S__ N__
 Cuando y cuantas veces? _____

Familia:

Alguien en la familia que se ha hecho la prueba genética BRCA?
 (Madre Padre Hermana Hija (o) S__ N__
 Resultado: BRCA 1 Positivo__ Negativo__
 BRCA 2 Positivo__ Negativo__
 Historia familiar de cáncer de seno? S__ N__
 Quien? _____
 Edad? _____
 Historia familiar de cáncer de ovario? S__ N__
 Quien? _____
 Edad? _____

En este momento no estoy embarazada Firma. _____

Firma del Paciente. _____ Fecha. _____

