|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha: ${anx34\_fecha} | | | Folio: ${anx34\_folio} | |  |  |  |  |  | |  | | --- | |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IDENTIFICACIÓN** | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre: ${anx34\_paciente} | | | | | | | | | | Edad: ${anx34\_moti\_estu} | |
| Fecha de nacimiento: ${anx34\_fecha\_nac} | | | | | Sexo:${anx34\_sexo} | | | | Estado civil: ${anx34\_edo\_civil} | | |
| Domicilio: ${anx34\_domicilio} | | | | | | | | | | |  |
| Tel: ${anx34\_telefono} | | | Correo: ${anx34\_correo} | | | | | | | |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ANTECEDENTES FAMILIARES** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Usted o algún familiar tiene antecedentes de cáncer de mama? | | | | | Si |  | No |  | ¿A qué edad? |  |  |
| ¿Usted o algún familiar ha padecido algún tipo de cáncer? | | | | | Si |  | No |  | ¿Quién? |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ANTECEDENTES PERSONALES** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Ha notado algún cambio en sus mamas? | | | | | Si |  | No |  | ¿De qué tipo? |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  | Resultado de imagen para cuadrantes de la mama   |  | | --- | |  | |  |  |
|  | Dolor |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Masa palpable |  | | "Señale en la imagen en qué seno y área tiene la molestia" | | |  |  |  |  |  |
|  | Cambios en piel |  | |  |  |  |  |  |
|  | Aumento de volumen |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Secreción por el pezón |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Inversión del pezón |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Otros |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  |  |  |  |  |  |
| Tiene alguna seña particular en sus mamas como: LUNAR ( ) CICATRICES ( ) VERRUGAS ( ) OTROS ( ) | | | | | | | | | | | |
| Edad de la primera menstrución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | Edad de inicio de vida sexual activa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Número de embarazos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | Número de partos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Número de cesáreas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | Número de abortos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Método anticonceptivo: SI ( ) NO ( ) | | | | | ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Hormonal: SI ( ) NO ( ) | | | | | ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Edad de la menopausia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | Fecha de la última menstruación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Biopsia de mama SI ( ) NO ( ) DERECHA ( ) IZQUIERDA ( ) | | | | | | | | | | |  |
| ¿Le han realizado mastectomía? SI ( ) NO ( ) DERECHA ( ) IZQUIERDA ( ) FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| ¿Le han quitado o biosiado ganglios en axilas? SI ( ) NO ( ) DERECHA ( ) IZQUIERDA ( ) AMBAS ( ) | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  |  |
| ¿Le han colocado implantes mamarios? SI ( ) NO ( ) DERECHA ( ) IZQUIERDA ( ) AMBAS ( ) | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  |  |
| ¿Ha tenido recambio de implantes? SI ( ) NO ( ) | | | | | | | FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |
| ¿Le han realizado reducción mamaria? SI ( ) NO ( ) DERECHA ( ) IZQUIERDA ( ) AMBAS ( ) | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  |  |
| ¿Ha recibido readioterapia en su seno? SI ( ) NO ( ) | | | | | | |  |  |  |  |  |
| ¿Le han realizado mastografía o ultrasonido? SI ( ) NO ( ) FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| ¿Qué le diagnosticaron? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **La mastografía es un procedimiento diagnóstico que puede causar molestia por la compresión, dado que los criterios de calidad para que se detecte un foco canceroso son muy estrictos, por lo que esperamos su comprensión y cooperación. El procedimiento le será realizado por personal altamente calificado así que pedimos toda su confianza.** | | | | | | | | | | |  |
|  |
|  |