



Centro Médico Villalba

A UN COSTADO DE LA CATEDRAL DE SANTIAGO DE VERAGUAS

TEL.: 998-4969 / 998-4456

Nº 11372

Nombre:

Milagros Cruzada

S.S.

9-20970

R

400

Tomometris Hemmenic

Hemmenic ca Hemmenic

FECHA:

3/3/23

FIRMA:

[Handwritten signature]
Centro Médico Villalba
Ginecología y Obstetricia
Colposcopia
Endoscopia
Rta. 5000 - Santiago de Veraguas
415

- GINECOLOGÍA
- OBSTETRICIA
- COLPOSCOPÍA
- CIRUGÍA
- LAPAROSCÓPICA
- CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA
- ULTRASONIDO PÉLVICO Y EMBARAZO
- TRANSVAGINAL
- ABDOMINAL
- 3D - 4D

HOSPITAL MÉDICA NORTE

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MAMOGRAFÍA

NOMBRE: Milagros Gonzalez CÉDULA: 9-240-970
 EDAD: 48 SEXO: F ESTADO CIVIL: Soltero
 DIRECCIÓN: Cañazas TELÉFONO: 6744-5700
 MÉDICO TRATANTE: Dr. Villalba ESPECIALIDAD: _____
 ¿ALGUIEN EN SU FAMILIA HA PADECIDO DE CÁNCER DE MAMA? SÍ ☒ NO ☐
 ¿QUIÉN? Hermana RAMA MATERNA: _____
 ¿FECHA DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? 1986
 ¿FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? Diciembre 2022
 ¿SUS PERIODOS MENSTRUALES SON REGULARES? SÍ ☒ NO ☐ DURACIÓN: 7 días
 ¿CADA CUÁNTO TIEMPO LE VIENE LA MENSTRUACIÓN? _____
 ¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ ☐ NO ☐ ¿CUÁL? _____
 CANTIDAD: _____ TIEMPO: _____

USA ANTICONCEPTIVOS ORALES O INYECTABLES:

¿CUÁL? _____ ¿CUÁNTO? _____ TIEMPO: _____
 ¿UTILIZA HORMONAS? SÍ ☐ NO ☐
 ¿CUÁL? _____ ¿CUÁNTO? _____ TIEMPO: _____
 NÚMERO DE EMBARAZOS: 1 NÚMERO DE HIJOS: 1 EDADES: 21
 ABORTOS: - CESÁREAS: _____ PARTOS: ☒
 ¿AMAMANTÓ A SUS HIJOS? SÍ ☒ NO ☐ ¿CUÁNTOS? 1
 ¿HA SIDO OPERADA DE LA MAMA? SÍ ☐ NO ☒ ¿CUÁNDO? _____
 CAUSA: _____ TIENE IMPLANTES: SÍ: ☐ NO ☐
 ¿TIENE ALGUNA SEÑA PARTICULAR EN LA MAMA? SÍ ☒ NO ☐ ¿CUÁL? _____
 CICATRIZ _____ LUNAR ☒ VERRUGA _____ OTRAS _____
 CAUSA DEL ESTUDIO: Control

¿HA NOTADO ALGUN CAMBIO EN LAS MAMAS? SÍ ☒ NO ☐

¿CUÁL?	DERECHA	IZQUIERDA
DOLOR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
AUMENTO DE VOLUMEN	_____	_____
SECRECIÓN	_____	_____
CAMBIOS EN LA PIEL	_____	_____
TUMORACIÓN	_____	_____
ENDURECIMIENTO	_____	_____
INVERSIÓN DEL PEZÓN	_____	_____
OTROS	_____	_____

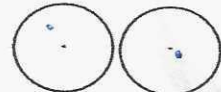
AXILAS

DER IZQ



MAMAS

DER IZQ



¿LE HAN PRACTICADO ESTUDIOS ANTERIORES? SÍ ☒ NO ☐

¿CUÁNDO? 2019 ¿EN DONDE? Hosp. Cañazas

AUTORIZO PARA QUE SE REALICE EL EXÁMEN: Milagros Gonzalez A.