

HOSPITAL MÉDICA NORTE

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MAMOGRAFÍA

NOMBRE: Emiliana Aciles CEDULA: 9-178-168

EDAD: 57 SEXO: F ESTADO CIVIL: Casada

DIRECCIÓN: Altos del Sol TELÉFONO: -

MÉDICO TRATANTE: - ESPECIALIDAD: -

¿ALGUIEN EN SU FAMILIA HA PADECIDO DE CÁNCER DE MAMA? SÍ ☒ NO ☐

¿QUIÉN? Sobrina RAMA MATERNA: -

¿FECHA DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? -

¿FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? -

¿SUS PERIODOS MENSTRUALES SON REGULARES? SÍ ☐ NO ☐ DURACIÓN: -

¿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: - NÚMERO DE HIJOS: - EDADES: -

ABORTOS: - CESÁREAS: - PARTOS: -

¿AMAMANTÓ A SUS HIJOS? SÍ ☐ NO ☐ ¿CUÁNTOS? -

¿HA SIDO OPERADA DE LA MAMA? SÍ ☒ NO ☐ ¿CUÁNDO? 2019

CAUSA: quistes 12g 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 - -

AUMENTO DE VOLUMEN - -

SECRECIÓN - -

CAMBIOS EN LA PIEL - -

TUMORACIÓN - -

ENDURECIMIENTO - -

INVERSIÓN DEL PEZÓN - -

OTROS - -

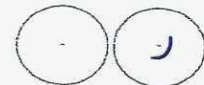
AXILAS

DER IZQ



MAMAS

DER IZQ



¿LE HAN PRACTICADO ESTUDIOS ANTERIORES? SÍ ☒ NO ☐

¿CUÁNDO? 2019 ¿EN DONDE? Marzameno

AUTORIZO PARA QUE SE REALICE EL EXÁMEN: Emiliana Aciles