

HOSPITAL MÉDICA NORTE

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MAMOGRAFÍA

NOMBRE: Xiomara Villamil CÉDULA: 9-160-593
 EDAD: 55 SEXO: F ESTADO CIVIL: Casada
 DIRECCIÓN: Villa Universitaria TELÉFONO: _____
 MÉDICO TRATANTE: _____ ESPECIALIDAD: _____
 ¿ALGUIEN EN SU FAMILIA HA PADECIDO DE CÁNCER DE MAMA? SÍ _____ NO X
 ¿QUIÉN? _____ RAMA MATERNA: _____
 ¿FECHA DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? 1980
 ¿FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? 2017
 ¿SUS PERIODOS MENSTRUALES SON REGULARES? SÍ _____ NO _____ DURACIÓN: _____
 ¿CADA CUÁNTO TIEMPO LE VIENE LA MENSTRUACIÓN? _____
 ¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ _____ NO _____ ¿CUÁL? _____
 CANTIDAD: _____ TIEMPO: _____

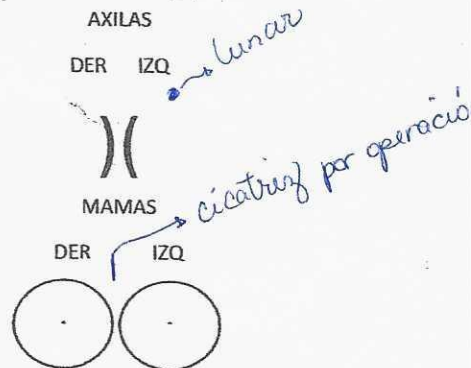
USA ANTICONCEPTIVOS ORALES O INYECTABLES:

¿CUÁL? _____ ¿CUÁNTO? _____ TIEMPO: _____
 ¿UTILIZA HORMONAS? SÍ _____ NO _____
 ¿CUÁL? _____ ¿CUÁNTO? _____ TIEMPO: _____
 NÚMERO DE EMBARAZOS: 3 NÚMERO DE HIJOS: 3 EDADES: 32/30/29
 ABORTOS: — CESÁREAS: 2 PARTOS: 1
 ¿AMAMANTÓ A SUS HIJOS? SÍ ✓ NO _____ ¿CUÁNTOS? 3
 ¿HA SIDO OPERADA DE LA MAMA? SÍ _____ NO X ¿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	_____	_____
AUMENTO DE VOLUMEN	<u>✓</u>	_____
SECRECIÓN	_____	_____
CAMBIOS EN LA PIEL	_____	_____
TUMORACIÓN	_____	_____
ENDURECIMIENTO	_____	_____
INVERSIÓN DEL PEZÓN	_____	_____
OTROS	_____	_____



¿LE HAN PRACTICADO ESTUDIOS ANTERIORES? SÍ ✓ NO _____
 ¿CUÁNDO? + 5 años ¿EN DONDE? Verdum
 AUTORIZO PARA QUE SE REALICE EL EXÁMEN: Adriana

→ En la mamografía anterior, hace más de 5 años, resultado con ganglios en la mama derecha.