

HOSPITAL MÉDICA NORTE

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MAMOGRAFÍA

NOMBRE: Natividad Tello CÉDULA: 9-124-118  
 EDAD: 62 SEXO: F ESTADO CIVIL: Unida  
 DIRECCIÓN: Via Soná TELÉFONO: 6440-4106  
 MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_  
 ¿ALGUIEN EN SU FAMILIA HA PADECIDO DE CÁNCER DE MAMA? SÍ \_\_\_\_\_ NO ☒  
 ¿QUIÉN? \_\_\_\_\_ RAMA MATERNA: \_\_\_\_\_  
 ¿FECHA DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? 1964  
 ¿FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? 2011  
 ¿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: 4 NÚMERO DE HIJOS: 4 EDADES: 30-39-42-44

ABORTOS: \_\_\_\_\_ CESÁREAS: 2 PARTOS: 2

¿AMAMANTÓ A SUS HIJOS? SÍ ☒ NO \_\_\_\_\_ ¿CUÁNTOS? 4

¿HA SIDO OPERADA DE LA MAMA? SÍ ☒ NO \_\_\_\_\_ ¿CUÁNDO? 1985

CAUSA: Quistes 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	_____	_____

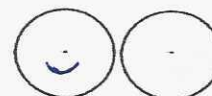
AXILAS

DER IZQ



MAMAS

DER IZQ



¿LE HAN PRACTICADO ESTUDIOS ANTERIORES? SÍ ☒ NO \_\_\_\_\_

¿CUÁNDO? 2021 ¿EN DONDE? Verdum

AUTORIZO PARA QUE SE REALICE EL EXÁMEN: Natividad Tello