

HOSPITAL MÉDICA NORTE

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MAMOGRAFÍA

NOMBRE: Nisla Castilla CÉDULA: 9-101-1161
 EDAD: 70 SEXO: F ESTADO CIVIL: Casada
 DIRECCIÓN: La Alameda TELÉFONO: 6676-3913

MÉDICO TRATANTE: _____ ESPECIALIDAD: _____

¿ALGUIEN EN SU FAMILIA HA PADECIDO DE CÁNCER DE MAMA? SÍ _____ NO X

¿QUIÉN? _____ RAMA MATERNA: _____

¿FECHA DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? 1965

¿FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? 2004

¿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 X NO _____

¿CUÁL? _____ ¿CUÁNTO? _____ TIEMPO: _____

NÚMERO DE EMBARAZOS: 3 NÚMERO DE HIJOS: 3 EDADES: 49-47-45

ABORTOS: 1 CESÁREAS: 1 PARTOS: 2

¿AMAMANTÓ A SUS HIJOS? SÍ ✓ NO _____ ¿CUÁNTOS? _____

¿HA SIDO OPERADA DE LA MAMA? SÍ _____ NO X ¿CUÁNDO? _____

CAUSA: _____ TIENE IMPLANTES: SÍ _____ NO X

¿TIENE ALGUNA SEÑA PARTICULAR EN LA MAMA? SÍ _____ NO X ¿CUÁL? _____

CICATRIZ _____ LUNAR _____ VERRUGA _____ OTRAS _____

CAUSA DEL ESTUDIO: Control Anual

¿HA NOTADO ALGUN CAMBIO EN LAS MAMAS? SÍ _____ NO X

¿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? 1 ± ¿EN DONDE? ANCEC

AUTORIZO PARA QUE SE REALICE EL EXÁMEN: [Signature]