

HOSPITAL MÉDICA NORTE

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MAMOGRAFÍA

NOMBRE: Leticia Vargas CÉDULA: N-21-2139  
 EDAD: 54 SEXO: F ESTADO CIVIL: Casada  
 DIRECCIÓN: Santiago TELÉFONO: 6671-9190  
 MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_  
 ¿ALGUIEN EN SU FAMILIA HA PADECIDO DE CÁNCER DE MAMA? SÍ \_\_\_\_\_ NO X  
 ¿QUIÉN? \_\_\_\_\_ RAMA MATERNA: \_\_\_\_\_  
 ¿FECHA DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? 1983  
 ¿FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? 2020  
 ¿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 X  
 ¿CUÁL? \_\_\_\_\_ ¿CUÁNTO? \_\_\_\_\_ TIEMPO: \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE EMBARAZOS: 4 NÚMERO DE HIJOS: 3 EDADES: 31-23-19  
 ABORTOS: 1 CESÁREAS: \_\_\_\_\_ PARTOS: 3  
 ¿AMAMANTÓ A SUS HIJOS? SÍ ✓ NO \_\_\_\_\_ ¿CUÁNTOS? 3  
 ¿HA SIDO OPERADA DE LA MAMA? SÍ ✓ NO \_\_\_\_\_ ¿CUÁNDO? 14 AÑOS  
 CAUSA: Prolisis TIENE IMPLANTES: SÍ ✓ NO \_\_\_\_\_  
 ¿TIENE ALGUNA SEÑA PARTICULAR EN LA MAMA? SÍ ✓ NO \_\_\_\_\_ ¿CUÁL? \_\_\_\_\_  
 CICATRIZ \_\_\_\_\_ LUNAR \_\_\_\_\_ VERRUGA \_\_\_\_\_ OTRAS \_\_\_\_\_

CAUSA DEL ESTUDIO:

¿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 \_\_\_\_\_

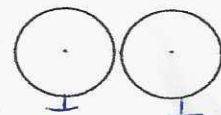
AXILAS

DER IZQ



MAMAS

DER IZQ



¿LE HAN PRACTICADO ESTUDIOS ANTERIORES? SÍ ✓ NO \_\_\_\_\_  
 ¿CUÁNDO? Hace 1 año 1/2 ¿EN DONDE? Chingón  
 AUTORIZO PARA QUE SE REALICE EL EXÁMEN: Leticia Vargas