## HOSPITAL MÉDICA NORTE

## DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA

NOMBRE: Adalith Hojica CEDULA: 9-178-476	
EDAD: 52 SEXO: F ESTADO CIVIL: (600 - 5882	
DIRECCIÓN: Altos de Sta. Ines Teléfono:	
MÉDICO TRATANTE:ESPECIALIDAD:	
¿ALGUIEN EN SU FAMILIA HA PADECIDO DE CÂNCER DE MAMA? SÍNOX	
¿QUIÉN?RAMA MATERNA:	
¿FECHA DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? 1984	
¿FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN?	
¿SUS PERIODOS MENSTRUALES SON REGULARES? SÍ NO DURACIÓN:	
¿CADA CUÁNTO TIEMPO LE VIENE LA MENSTRUACIÓN?	
¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? SÍNO¿CUÁL?	
CANTIDAD:TIEMPO:	
USA ANTICONCEPTIVOS ORALES O INYECTABLES:	
¿CUÁL? ;CUÁNTO? TIEMPO:	
¿UTILIZA HORMONAS? SI NO	
¿CUÁL? TIEMPO:	
NÚMERO DE EMBARAZOS: $3$ NÚMERO DE HIJOS: $3$ EDADES: $32/29/21$	
ABORTOS: CESÁREAS: 3PARTOS:	
¿AMAMANTÓ A SUS HIJOS? SÍ \ NO ¿CUÁNTOS? 3	
¿HA SIDO OPERADA DE LA MAMA? SÍNO ¿CUÁNDO?	
CAUSA: TIENE IMPLANTES: SÍ: NO	
¿TIENE ALGUNA SEÑA PARTICULAR EN LA MAMA? SÍ V NO ¿CUÁL?	
CICATRIZ LUNAR VERRUGA OTRAS	
CAUSA DEL ESTUDIO: (Longo)	
¿HA NOTADO ALGUN CAMBIO EN LAS MAMAS? SI √ NO AXILAS	
¿CUÁL? DERECHA IZQUIERDA DER IZQ	
DOLOR AUMENTO DE VOLUMEN	
SECRECIÓN /	
CAMBIOS EN LA PIEL MAMAS TUMORACIÓN	
ENDURECIMIENTO DER IZQ	
INVERSIÓN DEL PEZÓN	
otros  ¿LE HAN PRACTICADO ESTUDIOS ANTERIORES? SÍ NO CICÓN OPERACIÓN OPERACI	) ) )
AUTORIZO PARA QUE SE REALICE EL EXÁMEN:	

Obs: operado por quistes benignos hace ± 4 años.

CENTRO MÉDICO ESPEC	IALIZADO SAN RAFAEL #1
	ıl, edificio Farmacias Elysin ago de Veraguas / Tel.: 933-5344
Nombre: AVALITH	Nº 49473
No.S.S.: 9-178-476	Edad: 52
Cédula No.	Fecha: 27/2/23
R <sub>e</sub>	IMPRE-GRAF, Santiago, Tel: 933-5755
MAMO	Classin
Comprol	X EDAS
	Stora M.
O <sup>1</sup> -ci <sup>1</sup>	O Color Sando
Firma del Médico	Sello