

HOSPITAL MÉDICA NORTE

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MAMOGRAFÍA

NOMBRE: Maira Osorio CÉDULA: 4720-713  
 EDAD: 46 SEXO: F ESTADO CIVIL: soltera  
 DIRECCIÓN: Rinconada TELÉFONO: 6550-9208  
 MÉDICO TRATANTE: Dr. Felipe W. ESPECIALIDAD: Ginecologo  
 ¿ALGUIEN EN SU FAMILIA HA PADECIDO DE CÁNCER DE MAMA? SÍ ☐ NO ☒  
 ¿QUIÉN? \_\_\_\_\_ RAMA MATERNA: \_\_\_\_\_  
 ¿FECHA DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? 13 años  
 ¿FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? 1 de junio  
 ¿SUS PERIODOS MENSTRUALES SON REGULARES? SÍ ☒ NO ☐ DURACIÓN: \_\_\_\_\_  
 ¿CADA CUÁNTO TIEMPO LE VIENE LA MENSTRUACIÓN? Cada mes  
 ¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ ☒ NO ☐ ¿CUÁL? Pasitron 20mg  
 CANTIDAD: \_\_\_\_\_ TIEMPO: 1 al día

USA ANTICONCEPTIVOS ORALES O INYECTABLES:

¿CUÁL? \_\_\_\_\_ ¿CUÁNTO? \_\_\_\_\_ TIEMPO: \_\_\_\_\_  
 ¿UTILIZA HORMONAS? SÍ ☐ NO ☒  
 ¿CUÁL? \_\_\_\_\_ ¿CUÁNTO? \_\_\_\_\_ TIEMPO: \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE EMBARAZOS: 1 NÚMERO DE HIJOS: \_\_\_\_\_ EDADES: \_\_\_\_\_  
 ABORTOS: \_\_\_\_\_ CESÁREAS: ☒ PARTOS: \_\_\_\_\_  
 ¿AMAMANTÓ A SUS HIJOS? SÍ ☐ NO ☒ ¿CUÁNTOS? \_\_\_\_\_  
 ¿HA SIDO OPERADA DE LA MAMA? SÍ ☐ NO ☒ ¿CUÁNDO? \_\_\_\_\_  
 CAUSA: \_\_\_\_\_ TIENE ÍMPLANTES: SÍ ☐ NO ☒  
 ¿TIENE ALGUNA SEÑA PARTICULAR EN LA MAMA? SÍ ☐ NO ☒ ¿CUÁL? \_\_\_\_\_  
 CICATRIZ \_\_\_\_\_ LUNAR \_\_\_\_\_ VERRUGA \_\_\_\_\_ OTRAS \_\_\_\_\_  
 CAUSA DEL ESTUDIO: Pr posterior

¿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 pequeños bolitos

AXILAS

DER IZQ

MAMAS

DER IZQ

¿LE HAN PRACTICADO ESTUDIOS ANTERIORES? SÍ ☐ NO ☒

¿CUÁNDO? \_\_\_\_\_ ¿EN DONDE? \_\_\_\_\_

AUTORIZO PARA QUE SE REALICE EL EXÁMEN: [Firma]