



CAJA DE SEGURO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA A NIVEL NACIONAL
SOLICITUD DE EXAMEN DE MAMOGRAFÍA



NOMBRE: Juan Gonzalez CÉDULA: 9-104-1414 EDAD: 66
NACIO EN: panama Cabeceo Panama Veraguas
(Barriada) (Corregimiento) (Ciudad) Provincia
DIRECCIÓN: Soná Sanit. Nacional TELÉFONO: _____
UNIDAD EJECUTORA: Hospital Ceg A. Sord FECHA: 25/1/2023
MÉDICO REFERENTE: Dra. Zúñiga REG.: 9937 CÓDIGO: 3457

INDICACIONES:

RUTINA: ORDINARIO

- DER.** **IZQ.**
- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ALTO RIESGO FAMILIAR | <input type="checkbox"/> () | <input type="checkbox"/> () |
| <input type="checkbox"/> 40 AÑOS O MÁS, EXAMEN DE BASE | <input type="checkbox"/> () | <input type="checkbox"/> () |
| <input type="checkbox"/> PREVIO TERAP. HORMONAL | <input type="checkbox"/> () | <input type="checkbox"/> () |
| <input type="checkbox"/> INDURACIÓN FIBROSA | <input type="checkbox"/> () | <input type="checkbox"/> () |
| <input type="checkbox"/> MULTINODULAR | <input type="checkbox"/> () | <input type="checkbox"/> () |
| <input type="checkbox"/> CONTROL-CATEGORÍA 1 a 2 | <input type="checkbox"/> () | <input type="checkbox"/> () |

DIAGNOSTIC: PRONTITUD

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MASA DEFINIDA | <input type="checkbox"/> () | <input type="checkbox"/> () |
| <input type="checkbox"/> RETRACCIÓN DE PIEL | <input type="checkbox"/> () | <input type="checkbox"/> () |
| <input type="checkbox"/> SECRECIÓN SANGUINOLENTA | <input type="checkbox"/> () | <input type="checkbox"/> () |
| <input type="checkbox"/> RETRACCIÓN-PEZÓN | <input type="checkbox"/> () | <input type="checkbox"/> () |
| <input type="checkbox"/> PROYECCIONES MAGNIFICADAS | <input type="checkbox"/> () | <input type="checkbox"/> () |
| <input type="checkbox"/> CA. PREVIO DE MAMA | <input type="checkbox"/> () | <input type="checkbox"/> () |
| <input type="checkbox"/> CONTROL-CATEGORÍA 3 a 5 | <input type="checkbox"/> () | <input type="checkbox"/> () |

ANTECEDENTES:

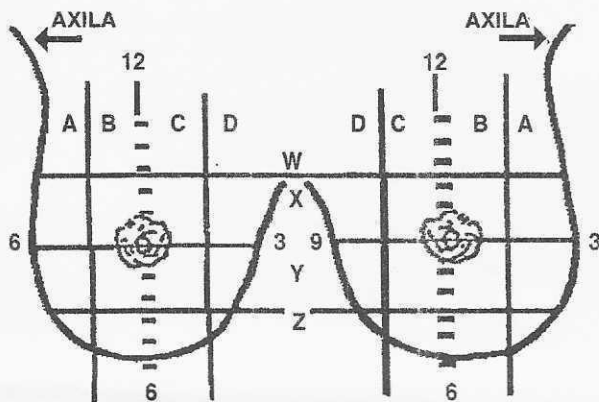
- MENARQUÍA F.U.M. G () P () A () C ()
- ☐ LACTANCIA ☐ TOMA ESTRÓGENOS ☐ OBESIDAD
- ☐ HISTERECTOMÍA ☐ OO FORECTOMÍA ☐ BIOPSIA DE MAMA
- ☐ MASTECTOMÍA ☐ RADIOTERAPIA ☐ QUIMIOTERAPIA
- ☐ CA. MADRE ☐ CA. HERMANA ☐ CA. HIJA

HA TENIDO:

- ☐ CA. DE MAMA ☐ CA. OVARIO
- ☐ CA. COLON ☐ CA. ENDOMETRIO

MAMOGRAFÍA PREVIA: ☐ NO ☒ SI FECHA: hace 12 años

PALPACIÓN: Señale la ubicación del hallazgo.



TAMAÑO

- No mayor de 2 cm. ☐ ()
- Mayor de 2 cm. y no mayor de 5 cm. ☐ ()
- Mayor de 5 cm. y no mayor de 10 cm. ☐ ()
- Mayor de 10 cm. ☐ ()

EXAMEN FÍSICO

- Mama: Firme, suave, nodular, accesoria, dolor.
- Masa: Móvil, fija, lisa, irregular, única, múltiple
- Ganglio: Axilar-móvil, fija Base del cuello
- Prótesis: Retroglandular, retropectoral, encapsulada.
- Piel: Gruesa, edema, rubor, calor, retracción.

***ENCIERRE EN UN CIRCULO LOS HALLAZGOS.**

PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA

FECHA DE ENTREGA:
RECEPCIONISTA:

FECHA DE EXAMEN:
TECNICA:

COD.:

CONTROL DEL MATERIAL UTILIZADO:

PELICULA	KV:	PELICULA	KV:	CONO	MAGNIF.	ULTRAS.	DAÑADAS	TOTAL
18x24	MAs:	24x30	MAs:					

HOSPITAL MÉDICA NORTE

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MAMOGRAFÍA

NOMBRE: Juana González CÉDULA: 9-104-1416

EDAD: 66 SEXO: F ESTADO CIVIL: Casada

DIRECCIÓN: Bona TELÉFONO: 6731-4281

MÉDICO TRATANTE: _____ ESPECIALIDAD: _____

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

¿QUIÉN? _____ RAMA MATERNA: _____

¿FECHA DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? 11a

¿FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? 52a

¿SUS PERIODOS MENSTRUALES SON REGULARES? SÍ ☒ NO _____ DURACIÓN: 3 días

¿CADA CUÁNTO TIEMPO LE VIENE LA MENSTRUACIÓN? mensualmente

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ ☒ NO _____ ¿CUÁL? Paciente diabética e hipertensa en Tx.

CANTIDAD: 1 TIEMPO: cada día

USA ANTICONCEPTIVOS ORALES O INYECTABLES:

¿CUÁL? inyectable ¿CUÁNTO? _____ TIEMPO: 4a

¿UTILIZA HORMONAS? SÍ _____ NO ☒

¿CUÁL? _____ ¿CUÁNTO? _____ TIEMPO: _____

NÚMERO DE EMBARAZOS: 4 NÚMERO DE HIJOS: 4 EDADES: 49-47-40-38

ABORTOS: _____ CESÁREAS: _____ PARTOS: 4

¿AMAMANTÓ A SUS HIJOS? SÍ ☒ NO _____ ¿CUÁNTOS? 3 meses

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

CAUSA: _____ 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 ☒

¿CUÁL? DERECHA IZQUIERDA

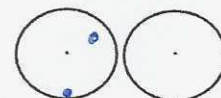
DOLOR	_____	_____
AUMENTO DE VOLUMEN	_____	_____
SECRECIÓN	_____	_____
CAMBIOS EN LA PIEL	_____	_____
TUMORACIÓN	_____	_____
ENDURECIMIENTO	_____	_____
INVERSIÓN DEL PEZÓN	_____	_____
OTROS	_____	_____

AXILAS
DER IZQ

))

MAMAS

DER IZQ



¿LE HAN PRACTICADO ESTUDIOS ANTERIORES? SÍ ☒ NO _____

¿CUÁNDO? Febrero 2002 ¿EN DONDE? Hosp. Jesús Nazareno

AUTORIZO PARA QUE SE REALICE EL EXÁMEN: Juana G de Franco