

HOSPITAL MÉDICA NORTE

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA

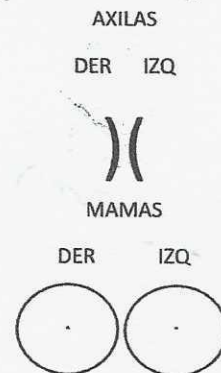
CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MAMOGRAFÍA

NOMBRE: Isabel Carriazo CÉDULA: 6-42-815
 EDAD: 68 SEXO: F ESTADO CIVIL: casada
 DIRECCIÓN: La Mata, Santiago TELÉFONO: 64285778
 MÉDICO TRATANTE: _____ ESPECIALIDAD: _____
 ¿ALGUIEN EN SU FAMILIA HA PADECIDO DE CÁNCER DE MAMA? SÍ ☒ NO ☐
 ¿QUIÉN? Hermana RAMA MATERNA: _____
 ¿FECHA DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? 9a
 ¿FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? 59a
 ¿SUS PERIODOS MENSTRUALES SON REGULARES? SÍ ☒ NO ☐ DURACIÓN: 3 días
 ¿CADA CUÁNTO TIEMPO LE VIENE LA MENSTRUACIÓN? mensualmente
 ¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ ☒ NO ☐ ¿CUÁL? Exforge
 CANTIDAD: 1 diaria TIEMPO: 4 años

USA ANTICONCEPTIVOS ORALES O INYECTABLES:

¿CUÁL? _____ ¿CUÁNTO? _____ TIEMPO: _____
 ¿UTILIZA HORMONAS? SÍ ☐ NO ☒
 ¿CUÁL? _____ ¿CUÁNTO? _____ TIEMPO: _____
 NÚMERO DE EMBARAZOS: 4 NÚMERO DE HIJOS: 4 EDADES: 46, -44-39-29
 ABORTOS: _____ CESÁREAS: 1 PARTOS: 3
 ¿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: Control

¿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 _____



¿LE HAN PRACTICADO ESTUDIOS ANTERIORES? SÍ ☒ NO ☐
 ¿CUÁNDO? Febrero 2022 ¿EN DONDE? Verdún
 AUTORIZO PARA QUE SE REALICE EL EXÁMEN: Isabel Carriazo