



Centro de Salud

SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLOGICO

UNIDAD  
EJECUTORA:

FECHA: 17-4-23

Nombre Completo  
del Paciente:

(1 NOMBRE)

(2 NOMBRE)

(APELLIDO - PATERNO)

MATERNAL

(DE CASADA)

Dirección

Sexo

Edad

No. S. S.

No. Cédula

Tel.:

Médico Referente

Funcionario

Servicio

Breve historia, resumen de síntomas

DIAGNOSTICO:

Exámenes Solicitados

( Indique el órgano o la región  
y la clase de examen deseado  
y no el método a seguir

(1)

No. Examen

Cita

(2)

No. Examen

Cita

(3)

No. Examen

Cita

Fecha y Lugar de Exámenes Anteriores:

FIRMA:

CODIGO:

Información Complementaria del Examen

Fecha:

Hora:

Tecnico:

Recepcionista:

Placas:  
Ex 1

Placas:  
Ex 2

Placas:  
Ex 3

KV:

KV:

Equipo:

Nombre:

S.S.:

Dr.

Mas:

Mas:

Fecha:

No. Ex:

INFORME:



SE RUEGA ESCRIBIR A MAQUINA O CON LETRA DE IMPRENTA

FAVOR DE NO LLENAR ESTE ESPACIO

HOSPITAL MÉDICA NORTE  
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MAMOGRAFÍA

NOMBRE: Enilia de Gracia CÉDULA: 9-216-206  
EDAD: 47 SEXO: F ESTADO CIVIL: Unida  
DIRECCIÓN: Monato TELÉFONO: 6286-1876

MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

¿ALGUIEN EN SU FAMILIA HA PADECIDO DE CÁNCER DE MAMA? SÍ \_\_\_\_\_ NO A

¿QUIÉN? \_\_\_\_\_ RAMA MATERNA: \_\_\_\_\_

¿FECHA DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? \_\_\_\_\_

¿FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? 2021

¿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 \_\_\_\_\_

¿CUÁL? \_\_\_\_\_ ¿CUÁNTO? \_\_\_\_\_ TIEMPO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE EMBARAZOS: 2 NÚMERO DE HUOS: 3 EDADES: 27-11-11

ABORTOS: — CESÁREAS: 1 PARTOS: 1

¿AMAMANTÓ A SUS HIJOS? SÍ ✓ NO \_\_\_\_\_ ¿CUÁNTOS? 3

¿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: Dolor ± 15 días

¿HA NOTADO ALGUN CAMBIO EN LAS MAMAS? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

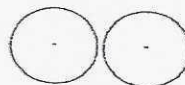
¿CUÁL?	DERECHA	IZQUIERDA
DOLOR	<u>✓</u>	<u>✓</u>
AUMENTO DE VOLUMEN	_____	_____
SECRECIÓN	_____	_____
CAMBIOS EN LA PIEL	_____	_____
TUMORACIÓN	_____	_____
ENDURECIMIENTO	<u>✓</u>	_____
INVERSIÓN DEL PEZÓN	_____	_____
OTROS	_____	_____

AXILAS

DER IZQ

MAMAS

DER IZQ



¿LE HAN PRACTICADO ESTUDIOS ANTERIORES? SÍ ✓ NO \_\_\_\_\_

¿CUÁNDO? 2022 ¿EN DONDE? \_\_\_\_\_

AUTORIZO PARA QUE SE REALICE EL EXÁMEN: Enilia De Gracia