

HOSPITAL MÉDICA NORTE  
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MAMOGRAFÍA

NOMBRE: Ara Pinzon CÉDULA: 9-122-1775  
EDAD: 59 SEXO: F ESTADO CIVIL: Casada  
DIRECCIÓN: Los Boguerones TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_  
¿ALGUIEN EN SU FAMILIA HA PADECIDO DE CÁNCER DE MAMA? SÍ \_\_\_\_\_ NO X  
¿QUIÉN? \_\_\_\_\_ RAMA MATERNA: \_\_\_\_\_  
¿FECHA DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? 1979  
¿FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? 2012  
¿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: 5 NÚMERO DE HIJOS: 4 EDADES: \_\_\_\_\_  
ABORTOS: 1 CESÁREAS: — PARTOS: 4  
¿AMAMANTÓ A SUS HIJOS? SÍ ✓ NO \_\_\_\_\_ ¿CUÁNTOS? 4  
¿HA SIDO OPERADA DE LA MAMA? SÍ ✓ NO \_\_\_\_\_ ¿CUÁNDO? 2010  
CAUSA: masa quística 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 X

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

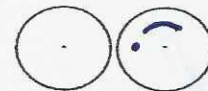
AXILAS

DER IZQ



MAMAS

DER IZQ



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

¿CUÁNDO? 2019 ¿EN DONDE? \_\_\_\_\_

AUTORIZO PARA QUE SE REALICE EL EXÁMEN: Ara Pinzon