

HOSPITAL MÉDICA NORTE
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MAMOGRAFÍA

NOMBRE: Lesbia Gonzalez CÉDULA: 8-162-2054
EDAD: 65 SEXO: F ESTADO CIVIL: Casada
DIRECCIÓN: Canto del llano TELÉFONO: 6541-4367
MÉDICO TRATANTE: _____ ESPECIALIDAD: _____

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

¿QUIÉN? _____ RAMA MATERNA: _____

¿FECHA DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? 1969

¿FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? 2009

¿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: _____ NÚMERO DE HIJOS: _____ EDADES: _____

ABORTOS: _____ CESÁREAS: _____ PARTOS: _____

¿AMAMANTÓ A SUS HIJOS? SÍ _____ NO _____ ¿CUÁNTOS? _____

¿HA SIDO OPERADA DE LA MAMA? SÍ ✓ NO _____ ¿CUÁNDO? 1975

CAUSA: Mama supernumeraria 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

| | DERECHA | IZQUIERDA |
|---------------------|---------|-----------|
| DOLOR | | |
| AUMENTO DE VOLUMEN | | |
| SECRECIÓN | | |
| CAMBIOS EN LA PIEL | | |
| TUMORACIÓN | | |
| ENDURECIMIENTO | | |
| INVERSIÓN DEL PEZÓN | | |
| OTROS | | |

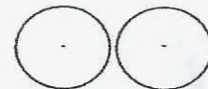
AXILAS

DER IZQ

X) (

MAMAS

DER IZQ



¿LE HAN PRACTICADO ESTUDIOS ANTERIORES? SÍ ✓ NO _____

¿CUÁNDO? 2021 ¿EN DONDE? Verdum

AUTORIZO PARA QUE SE REALICE EL EXÁMEN: [Signature]

Obs: cicatriz por
operación de mama
supernumeraria en
el 1975 (18 años)