

HOSPITAL MÉDICA NORTE

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MAMOGRAFÍA

NOMBRE: Angelía Pinilla CÉDULA: 2-99-2201
 EDAD: 59 SEXO: F ESTADO CIVIL: Soltera
 DIRECCIÓN: Las Palmeras TELÉFONO: 6587-6859

MÉDICO TRATANTE: _____ ESPECIALIDAD: _____

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

¿QUIÉN? _____ RAMA MATERNA: _____

¿FECHA DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? 1976

¿FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? 2018

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

¿CADA CUÁNTO TIEMPO LE VIENE LA MENSTRUACIÓN? _____

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ _____ NO X ¿CUÁL? _____

CANTIDAD: _____ TIEMPO: _____

USA ANTICONCEPTIVOS ORALES O INYECTABLES:

¿CUÁL? _____ ¿CUÁNTO? _____ TIEMPO: _____

¿UTILIZA HORMONAS? SÍ _____ NO X

¿CUÁL? _____ ¿CUÁNTO? _____ TIEMPO: _____

NÚMERO DE EMBARAZOS: 3 NÚMERO DE HIJOS: 3 EDADES: 35-30-26

ABORTOS: - CESÁREAS: 1 PARTOS: 2

¿AMAMANTÓ A SUS HIJOS? SÍ ✓ NO _____ ¿CUÁNTOS? 3

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

CAUSA: _____ TIENE IMPLANTES: SÍ ✓ NO 2019

¿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 _____

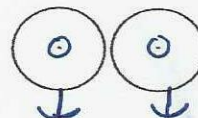
¿CUÁL?	DERECHA	IZQUIERDA
DOLOR	_____	_____
AUMENTO DE VOLUMEN	_____	_____
SECRECIÓN	_____	_____
CAMBIOS EN LA PIEL	_____	_____
TUMORACIÓN	_____	_____
ENDURECIMIENTO	_____	<u>✓</u>
INVERSIÓN DEL PEZÓN	_____	_____
OTROS	_____	_____

AXILAS
DER IZQ



MAMAS

DER IZQ



¿LE HAN PRACTICADO ESTUDIOS ANTERIORES? SÍ ✓ NO _____

¿CUÁNDO? 2019 ¿EN DONDE? Interamericana

AUTORIZO PARA QUE SE REALICE EL EXÁMEN: [Signature]