



BARBARENA
CENTRO MÉDICO

Solicitud de Examen Radiológico

Bda. Barbarena, Ave. Sur, Santiago de Veraguas

Email: cmbarbarena@gmail.com

Instagram: @cmbarbarena

Teléfono: 933-2846

☐ Ambulatorio

☐ Urgente

Nombre: Amarilis Quiñero Cédula: 6-43-820

Edad 66 Sexo F fecha de solicitud: 21/oct/22

Médico referente: Dra. Hesse

Breve historia clínica:

Control y seguimiento

Diagnostico presuntivo:

Osteopenia?

Examen solicitado:

- ☐ Rx. Densitometria Osea
- ☐ Ultrasonido
- ☐ Resonancia magnética
- ☐ Tomografía Computada

Dra. Susana Hesse De Serracin
ESP. EN CUIDADOS INTENSIVOS
Código 3980 - Registro 5123

Sello y firma de medico tratante.

HOSPITAL MÉDICA NORTE

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MAMOGRAFÍA

NOMBRE: Amarelis Quintero CÉDULA: 6-43-820
 EDAD: 66 SEXO: F ESTADO CIVIL: Divorciada
 DIRECCIÓN: Los Berraneras TELÉFONO: 933-1837
 MÉDICO TRATANTE: _____ ESPECIALIDAD: _____
 ¿ALGUIEN EN SU FAMILIA HA PADECIDO DE CÁNCER DE MAMA? SÍ _____ NO X
 ¿QUIÉN? _____ RAMA MATERNA: _____
 ¿FECHA DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? 1967
 ¿FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? 2008
 ¿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 X
 ¿CUÁL? _____ ¿CUÁNTO? _____ TIEMPO: _____
 NÚMERO DE EMBARAZOS: 2 NÚMERO DE HIJOS: 2 EDADES: 36-42
 ABORTOS: _____ CESÁREAS: _____ PARTOS: 2
 ¿AMAMANTÓ A SUS HIJOS? SÍ ✓ NO _____ ¿CUÁNTOS? 2
 ¿HA SIDO OPERADA DE LA MAMA? SÍ _____ NO X ¿CUÁNDO? _____
 CAUSA: _____ TIENE IMPLANTES: SÍ _____ NO X
 ¿TIENE ALGUNA SEÑA PARTICULAR EN LA MAMA? SÍ _____ NO X ¿CUÁL? _____
 CICATRIZ _____ LUNAR _____ VERRUGA _____ OTRAS _____

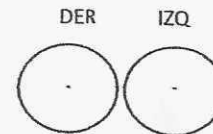
CAUSA DEL ESTUDIO: Control

¿HA NOTADO ALGUN CAMBIO EN LAS MAMAS? SÍ _____ NO X

¿CUÁL?	DERECHA	IZQUIERDA
DOLOR	<u>✓</u>	<u>✓</u>
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 X

¿CUÁNDO? _____ ¿EN DONDE? _____

AUTORIZO PARA QUE SE REALICE EL EXÁMEN: Amarelis Quintero