

# CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO MELILLO

Ave Manuel C. González y Calle 5ta

Tels. 998-0717 - Res. 998-1967

Dr. Doménico Melillo M.

SELECCIÓN DE:

Embarazo	Uterino	Paritometría	Re	Signo	Par

G 2 P 1 C 1 A 0 FUM 24/12/22 Peto PA L

Nombre Elizabeth Mojica C 9-204-166 SS 9-204-166 Edad 49

HISTORIA


Central

Dr. Doménico Melillo M.

GINECOLOGO - OBSTETRA

COLPDSOPISTA

COD. 7579 REG. 2382

Lactancia

x 6 meses

o/cen

Dr. Doménico Melillo M.  
GINECOLOGO - OBSTETRA  
COLPDSOPISTA  
COD. 7579 REG. 2382

REPORTE

Nombres

FECHA

16/1/2023

HOSPITAL MÉDICA NORTE  
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MAMOGRAFÍA

NOMBRE: Elizabeth Mojica CÉDULA: 9-204-166  
EDAD: 49 SEXO: F ESTADO CIVIL: Unida  
DIRECCIÓN: La Colorada TELÉFONO: 6437-3717  
MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_  
¿ALGUIEN EN SU FAMILIA HA PADECIDO DE CÁNCER DE MAMA? SÍ \_\_\_\_\_ NO X  
¿QUIÉN? \_\_\_\_\_ RAMA MATERNA: \_\_\_\_\_  
¿FECHA DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? 1987  
¿FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? 14 de Febrero  
¿SUS PERIODOS MENSTRUALES SON REGULARES? SÍ ✓ NO \_\_\_\_\_ DURACIÓN: 5 días  
¿CADA CUÁNTO TIEMPO LE VIENE LA MENSTRUACIÓN? todos los meses  
¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ ✓ NO \_\_\_\_\_ ¿CUÁL? Levotiroxina  
CANTIDAD: 1 TIEMPO: todos los días

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: 20/12  
ABORTOS: \_\_\_\_\_ CESÁREAS: 1 PARTOS: 1  
¿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	_____	_____
AUMENTO DE VOLUMEN	_____	_____
SECRECIÓN	_____	_____
CAMBIOS EN LA PIEL	_____	_____
TUMORACIÓN	_____	_____
ENDURECIMIENTO	_____	_____
INVERSIÓN DEL PEZÓN	_____	_____
OTROS	_____	_____

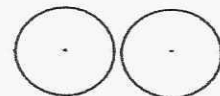
AXILAS

DER IZQ



MAMAS

DER IZQ



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

¿CUÁNDO? 2020 ¿EN DONDE? Verdum

AUTORIZO PARA QUE SE REALICE EL EXÁMEN: Elizabeth Mojica M.