

HOSPITAL MÉDICA NORTE

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MAMOGRAFÍA

NOMBRE: Maria Almanza CÉDULA: 8-311-176
 EDAD: 54 SEXO: F ESTADO CIVIL: Unida
 DIRECCIÓN: Bda. Santa Monica TELÉFONO: 60614-7356
 MÉDICO TRATANTE: _____ ESPECIALIDAD: _____
 ¿ALGUIEN EN SU FAMILIA HA PADECIDO DE CÁNCER DE MAMA? SÍ ☒ NO ☐
 ¿QUIÉN? Prima 2da RAMA MATERNA: ☒
 ¿FECHA DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? 1981
 ¿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 ☒ ¿CUÁL? _____
 CANTIDAD: _____ TIEMPO: _____

USA ANTICONCEPTIVOS ORALES O INYECTABLES:

¿CUÁL? _____ ¿CUÁNTO? _____ TIEMPO: _____
 ¿UTILIZA HORMONAS? SÍ ☐ NO ☒
 ¿CUÁL? _____ ¿CUÁNTO? _____ TIEMPO: _____
 NÚMERO DE EMBARAZOS: 1 NÚMERO DE HIJOS: 1 EDADES: 25
 ABORTOS: 1X CESÁREAS: ☒ PARTOS: -
 ¿AMAMANTÓ A SUS HIJOS? SÍ ☒ NO ☐ ¿CUÁNTOS? 1
 ¿HA SIDO OPERADA DE LA MAMA? SÍ ☐ NO ☒ ¿CUÁNDO? _____
 CAUSA: _____ 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
DOLOR	_____	_____
AUMENTO DE VOLUMEN	_____	_____
SECRECIÓN	_____	_____
CAMBIOS EN LA PIEL	_____	_____
TUMORACIÓN	_____	_____
ENDURECIMIENTO	_____	_____
INVERSIÓN DEL PEZÓN	_____	_____
OTROS	_____	_____

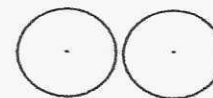
AXILAS

DER IZQ



MAMAS

DER IZQ



¿LE HAN PRACTICADO ESTUDIOS ANTERIORES? SÍ ☒ NO ☐

¿CUÁNDO? 2021 ¿EN DONDE? Clínica Privada

AUTORIZO PARA QUE SE REALICE EL EXÁMEN: Maria Almanza F.

Obs: palpa inflamación en la parte de la axila derecha.