

HOSPITAL MÉDICA NORTE
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MAMOGRAFÍA

NOMBRE: Nidia R. Alcedo B. CÉDULA: 9-104-1289
EDAD: 65 SEXO: F ESTADO CIVIL: soltera
DIRECCIÓN: La primaria TELÉFONO: 998-3884
MÉDICO TRATANTE: Dr. Arcimenu ESPECIALIDAD: Ginecologo

¿ALGUIEN EN SU FAMILIA HA PADECIDO DE CÁNCER DE MAMA? SÍ ☐ NO ☒

¿QUIÉN? _____ RAMA MATERNA: _____

¿FECHA DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? 9 años

¿FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? 34 años

¿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: 3 NÚMERO DE HIJOS: _____ EDADES: _____

ABORTOS: _____ CESÁREAS: 3 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? 2019 mamografía ¿EN DONDE? _____

AUTORIZO PARA QUE SE REALICE EL EXÁMEN: Nidia B.