

HOSPITAL MÉDICA NORTE

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MAMOGRAFÍA

NOMBRE: Edilsa Cortes CÉDULA: 9-98-887

EDAD: 68 SEXO: F ESTADO CIVIL: _____

DIRECCIÓN: Canaaaltar TELÉFONO: _____

MÉDICO TRATANTE: _____ ESPECIALIDAD: _____

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

¿QUIÉN? _____ RAMA MATERNA: _____

¿FECHA DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? _____

¿FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? _____

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

¿CADA CUÁNTO TIEMPO LE VIENE LA MENSTRUACIÓN? _____

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

CANTIDAD: _____ TIEMPO: _____

USA ANTI-CONCEPTIVOS ORALES O INYECTABLES:

¿CUÁL? _____ ¿CUÁNTO? _____ TIEMPO: _____

¿UTILIZA HORMONAS? SÍ _____ NO _____

¿CUÁL? _____ ¿CUÁNTO? _____ TIEMPO: _____

NÚMERO DE EMBARAZOS: 4 NÚMERO DE HIJOS: 4 EDADES: _____

ABORTOS: — CESÁREAS: — PARTOS: 4

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

¿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

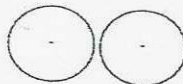
AXILAS

DER IZQ



MAMAS

DER IZQ



¿LE HAN PRACTICADO ESTUDIOS ANTERIORES? SÍ X NO _____

¿CUÁNDO? 2019 ¿EN DONDE? ANCEC

AUTORIZO PARA QUE SE REALICE EL EXÁMEN: Edilsa y Cortes