

HOSPITAL MÉDICA NORTE
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA MÉDICA

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MAMOGRAFÍA

NOMBRE: Yolanda Pardo CÉDULA: 9-126-460
EDAD: 58 SEXO: F ESTADO CIVIL: Separada
DIRECCIÓN: Cento del Llano TELÉFONO: 6091-1265
MÉDICO TRATANTE: _____ ESPECIALIDAD: _____
¿ALGUIEN EN SU FAMILIA HA PADECIDO DE CÁNCER DE MAMA? SÍ _____ NO X
¿QUIÉN? _____ RAMA MATERNA: _____
¿FECHA DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN? 1976
¿FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? 2013
¿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: 3 EDADES: 26, 31, 36
ABORTOS: - CESÁREAS: - PARTOS: 3
¿AMAMANTÓ A SUS HIJOS? SÍ ✓ NO _____ ¿CUÁNTOS? 3
¿HA SIDO OPERADA DE LA MAMA? SÍ _____ NO X ¿CUÁNDO? _____
CAUSA: _____ TIENE IMPLANTES: SÍ: _____ NO _____
¿TIENE ALGUNA SEÑA PARTICULAR EN LA MAMA? SÍ _____ NO _____ ¿CUÁL? _____
CICATRIZ _____ LUNAR ✓ VERRUGA _____ OTRAS _____

CAUSA DEL ESTUDIO: Dolor

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

¿CUÁL?	DERECHA	IZQUIERDA
DOLOR	<u>✓</u>	
AUMENTO DE VOLUMEN		
SECRECIÓN		
CAMBIOS EN LA PIEL		
TUMORACIÓN		
ENDURECIMIENTO		
INVERSIÓN DEL PEZÓN		
OTROS		

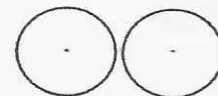
AXILAS

DER IZQ



MAMAS

DER IZQ



¿LE HAN PRACTICADO ESTUDIOS ANTERIORES? SÍ _____ NO X

¿CUÁNDO? _____ ¿EN DONDE? _____

AUTORIZO PARA QUE SE REALICE EL EXÁMEN: Yolanda I. Pardo B.