

Hoja de historial de mamografía

(uso en el consultorio)

Nombre: _____ Fecha del examen: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Estatura: _____ Peso: _____

1. ¿Tiene algún síntoma nuevo desde su último estudio de imagen mamaria, o síntomas o cambios actuales que le preocupen? Sí No

En caso afirmativo, ¿tiene alguno de los siguientes? Bultos Dolor Alta hospitalaria Cambios en la
 Otros Ninguno

piel _____

¿Cuándo empezaron estos síntomas? _____

Si es otro, especifique (incluir fecha de inicio de los síntomas)

2. Sexo asignado al nacer:

Mujer Hombre Desconocido No registrado en certificado de nacimiento Elije no divulgar

Incierto Intersexual

3. ¿Cuál es su identidad de género?

Mujer Hombre Mujer transgénero Hombre transgénero Elije no divulgar

No conforme con el género Algo más No binario _____

4. ¿Alguna pérdida de peso significativa? _____

5. ¿Cuál es su origen étnico? _____

6. ¿Es esta su primera mamografía? Sí No _____

7. ¿Cuándo fue la última vez que un médico le examinó las mamas? _____

8. ¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada? Sí No

9. ¿Cuál es su historial ginecológico? _____

Premenopáusica Perimenopáusica *¿Cuándo fue su último ciclo menstrual?* _____

Postmenopáusica *Menopausia ¿a qué edad?* _____

10. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual? _____

11. Seleccione todas las cirugías de mama a las que se ha sometido:

Lumpectomía Mastectomía Implantes Reducción Otro _____ Ninguno

12. ¿Ha tenido anteriormente alguno de los siguientes tipos de cáncer?

Cáncer de mama Cáncer de ovarios Otro _____ Ninguno

¿Ha recibido tratamiento para el cáncer de mama? Sí No

En caso afirmativo, seleccione todas las opciones que correspondan: Quimioterapia Radiación
Cirugía

Año de diagnóstico: _____

13. ¿Le han hecho pruebas de detección de alguno de los siguientes genes cancerosos? Seleccione todas las opciones que correspondan:

BRCA 1 BRCA 2 Positivo para otra mutación Ninguno

Especifique el resultado _____

14. ¿Alguna biopsia de mama previa? Sí No

15. ¿Algún antecedente familiar de cáncer? Sí No

En caso afirmativo, ¿hay antecedentes familiares de cáncer de mama u ovario? Sí No

Cumplimente esta sección solo si los miembros de su familia tenían/tienen antecedentes de cáncer de mama o de ovario.

Relación con el paciente: _____ Materno Paterno

¿Qué tipo de cáncer?: _____ Edad: _____

Pruebas genéticas para: _____ Resultado: _____

Relación con el paciente: _____ Materno Paterno

¿Qué tipo de cáncer?: _____ Edad: _____

Pruebas genéticas para: _____ Resultado: _____

Relación con el paciente: _____ Materno Paterno

¿Qué tipo de cáncer?: _____ Edad: _____

Pruebas genéticas para: _____ Resultado: _____

16. Radioterapia torácica anterior no relacionada con el cáncer de mama a la edad de _____

17. Quimioterapia previa a la edad de _____

18. ¿Ha usado alguna vez o está usando actualmente alguna de las siguientes hormonas? Seleccione todas las opciones que correspondan:

Anticoncepción hormonal Progesterona Raloxifeno Estrógeno Tamoxifeno No especificado
Ninguno

Si ha usado o usa actualmente alguna de las hormonas indicadas, especifique:

Edad de primer uso: _____ Edad de último uso: _____ Duración del uso: _____ Duración prevista: _____

Paciente:

Firme arriba

