

UNIVERSITY DIAGNOSTIC MEDICAL IMAGING, P.C.
FORMULARIO DE MAMMOGRAFÍA / ULTRASONIDO DEL SENO

Acct# _____

PARA EL PACIENTE: POR FAVOR DE LLENAR COMPLETO

Nombre: _____ Fecha: ___/___/___ Sex F M Teléfono durante el día#: _____

Medico referente para recibir su informe de mamografía _____

¿ Cuando fue la última vez que vio a este doctor? ___/___/___ 1+años

La última vez que mi médico (GYN o PCP) examinó mi seno ___/___/___ 1+ años

HISTORIAL MEDICO:

Historia Familiar con Cáncer de Mama: Ninguna Madre Hermana(s) Hija
 Si es así, entre qué edad? 20-40 50's 60's Más de 70
 Historia Personal con Cáncer de Mama: Ninguna Sí Radiación Quimioterapia

¿Ha tenido cirugía en el seno **DERECHO**? Ninguna ___/___/___ Resultados: _____

¿Ha tenido cirugía en el seno **IZQUIERDO**? Ninguna ___/___/___ Resultados: _____

¿Implantes de seno? Ninguna Sí, ¿qué tipo? _____

Mi Edad en el Nacimiento de mi Primer Hijo. _____ No tengo hijos

Fecha de Mi Ultima Menstruación: ___/___/___ Más de 5 años

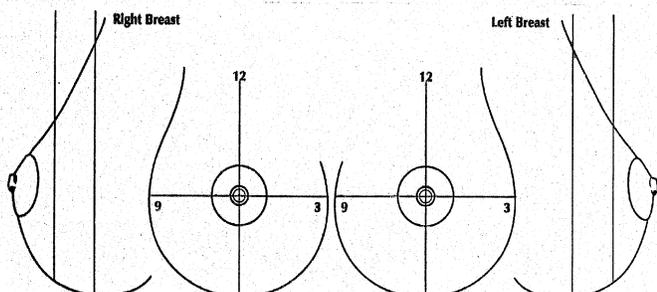
RAZON DEL EXAMEN: Primera vez Anual Chequeo

MIS SINTOMAS HOY: Ninguno Dolor Nódulo Retracción del Pezón Descarga Otro
 Derecho: _____
 Izquierdo: _____

MAMMOGRAFIA ANTERIOR: No Si Si es así, lo fue en los últimos 12 meses No Yes

Fecha: ___/___/___ Donde: _____ Resultados: _____

FOR MG/US TECHNOLOGIST'S USE:



Tech Initials: _____