

# 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#: \_\_\_\_\_

¿Haz recibido la vacuna del COVID?  No  Si Si es así, favor de responder la siguiente pregunta:

¿Cuándo te vacunaste? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿Cual brazo?  Izquierdo  Derecho

Medico referente para recibir su informe de mamografía \_\_\_\_\_

¿Cuándo 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  Si  Radiación  Quimioterapia

¿Ha tenido cirugía en el seno **DERECHO**?  Ninguna  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido cirugía en el seno **IZQUIERDO**?  Ninguna  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

¿Implantes de seno?  Ninguna  Si, ¿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  Si

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Donde: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

**USO DE TECHNICOS UNICAMENTE:**

**MG Tech Initials:** \_\_\_\_\_

NOTES:

**US Tech Initials:** \_\_\_\_\_

No Findings  Findings

NOTES:

