

Nombre del paciente Patient Name: _____
Fecha de nacimiento (DOB): _____ MR# _____

Primera mamografía First mammogram: Si Yes No No

Si no: fecha y ubicación de la última mamografía si no fue en Imaging Center of Idaho

If No: Date and Location of last mammogram if not at Imaging Center of Idaho:

Ascendientes judíos asquenazíes SI Yes NO No

Ashkenazi Jewish Ancestry:

Edad de su primer período menstrual: _____ **Edad cuando entro a la Menopausia:** _____

First menstrual period @ age:

Menopause @ age:

Edad de su primer embarazo a término completo: _____ **Número de nacimientos vivos:** _____

First full term pregnancy @ age:

Number of live births:

A qué edad le quitaron su matriz (Histerectomía): _____

Hysterectomy @ age:

A a qué edad le quitaron su ovario izquierdo?: _____

Left ovary removed @ age:

A qué edad le quitaron su ovario derecho? _____

Right ovary removed @ age:

Estas embarazada: Si no no estoy segura

Are you Pregnant:

Yes

No

Unsure

¿Alguna vez le han diagnosticado cáncer de seno? Sí No

Have you ever been diagnosed with breast cancer:

Yes

No

Antecedentes familiares de cáncer de mama: No Mamá Abuela M/P Tía M/P Hermana Hija Prima M/P

Family history breast cancer:

No

Mom

Grandmother M/P

Aunt M/P

Sister

Daughter

Cousin M/P

Historia familiar cáncer de seno en los Hombres (circule): Padre / Hermano / Hijo / Sobrino / Tío

Male Family history breast cancer (circle):

Father / Brother / Son / Nephew / Uncle

Implantes de Senos: Sí No Bilateral Derecha Izquierda **Tipo:** Silicona Salina Inseguro

Breast Implants:

Yes

No

Bilateral

Right

Left

Type:

Saline

Silicone

Unsure

Medicamentos hormonales: Sí No **En caso afirmativo, qué tipo:** _____

Hormone medications:

Yes

No

If Yes what type:

Cambios de peso desde la última mamografía: Sí No **En caso afirmativo (circule): Aumento / disminución**

Weight changes since last mammogram:

Yes

No

If Yes (circle): Increase / Decrease

Cantidad de cambio: _____

Amount of change:

Problemas actuales de los senos _____

Current breast concerns:

Historia quirúrgica del seno _____

Breast surgical history:

FORMULARIO DE CUIDADO DE LOS SENOS 1
BREAST CARE WORKSHEET 1

Las vacunas de todo tipo pueden provocar una inflamación temporal de los ganglios linfáticos, lo que puede ser una señal de que el cuerpo está produciendo anticuerpos en respuesta a lo previsto.

¿Ha recibido la vacuna Covid? Sí / No Fecha de vacunación: _____ Brazo: Izquierda / Derecha

Vaccines of all types can result in temporary swelling of the lymph nodes, which may be a sign that the body is making antibodies in response as intended. Have you had the Covid Vaccine? Yes / No Date of Vaccination: _____ Arm: Left / Right

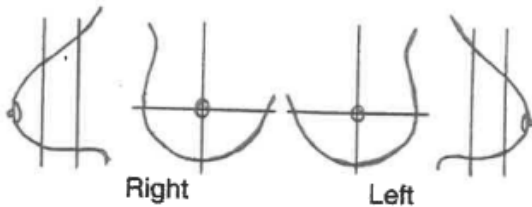
Doy fe de que la información anterior es correcta según mi leal saber y entendimiento. He leído y entiendo todo el contenido de este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información en este formulario. Entiendo que al firmar este formulario le doy mi consentimiento al tratamiento a Imaging Center of Idaho.

I attest that the above information is correct to the best of my knowledge. I have read and understand the entire contents of this form and I have had the opportunity to ask questions regarding the information on this form. I understand that by signing this form I am giving Imaging Center of Idaho my consent to treatment.

Firma de la persona que completa el formulario: _____ Relación: _____ Fecha: _____

Signature of person completing form: _____ Relationship: _____ Date: _____

CLINICAL USE



RT Comments: _____

