



MALE BREAST CARE WORKSHEET

Demographics: Apellido (Last): _____ Nombre (First) _____ Fecha de Nacimiento (DOB): _____ Edad (Age): _____																							
Factores de riesgo personal: Personal Risk Factors: <input type="checkbox"/> Gen del cáncer de mama Breast Cancer gene <input type="checkbox"/> Historia del cancer de mama History of Breast Cancer <input type="checkbox"/> Historia de lesion de alto riesgo History of High risk lesion <input type="checkbox"/> Historia del cancer de colom History of Colon Cancer	Antecedents familiares de cancer de mama? (¿Maternal o Paternal ?) Family history of Breast Cancer: (Mother or Fathers side?) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 60%;">Familiar:</th> <th style="text-align: center; width: 15%;">Edad</th> <th style="text-align: center; width: 25%;">Pre- Menopausia?</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Relative:</th> <th style="text-align: center;">Age:</th> <th style="text-align: center;">Pre-Menopause:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">SI NO</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">SI NO</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">SI NO</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">SI NO</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">SI NO</td> </tr> </tbody> </table>		Familiar:	Edad	Pre- Menopausia?	Relative:	Age:	Pre-Menopause:	_____	_____	SI NO	_____	_____	SI NO	_____	_____	SI NO	_____	_____	SI NO	_____	_____	SI NO
Familiar:	Edad	Pre- Menopausia?																					
Relative:	Age:	Pre-Menopause:																					
_____	_____	SI NO																					
_____	_____	SI NO																					
_____	_____	SI NO																					
_____	_____	SI NO																					
_____	_____	SI NO																					
Historial Hormonal Hormone History:	Esta tomando actualmente? Currently Taking?	Duracion: Duration:																					
Testosterona Testosterone:	Si No Y N	Años__ Meses__ Yrs__ Mos__																					
Estrogeno Estrogen:	Si No Y N	Años__ Meses__ Yrs__ Mos__																					
Progesterona Progesterone:	Si No Y N	Años__ Meses__ Yrs__ Mos__																					
Tamoxifeno Tamoxifen:	Si No Y N	Años__ Meses__ Yrs__ Mos__																					
Raloxifeno Raloxifene:	Si No Y N	Años__ Meses__ Yrs__ Mos__																					
Esteroides Steroids:	Si No Y N	Años__ Meses__ Yrs__ Mos__																					
Historial de cirugía y tratamiento de mamas (Incluir fecha, tipo y resultados) Breast Surgical and Treatment History: (Include date, type and result) _____ _____ _____ _____																							
Quejas y sintomas actuales (Incluir la duracion de las molestias y los sintomas) Current complaints/symptoms (include duration of complaints and symptoms): _____ _____ _____																							



MALE BREAST CARE WORKSHEET

Primera Mamografía (First Mammogram): _____

Tiempo desde la ultima mamografia (Time since last Mammogram): _____

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.

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.

¿Ha recibido la vacuna Covid? Sí / No

Have you had the Covid Vaccine? Yes / No

Fecha de vacunación: _____

Brazo: Izquierda / Derecha

Date of Vaccination: _____

Arm: Left / Right