

Alamo City Surgeons | Evaluación del Examen de los Senos

Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Médico de Referencia: _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Alergias a medicamentos: _____ Medicamentos actuales: _____

- | Condición Actual | Derecho | Izquierdo | |
|--|---------|-----------|-----------------------------|
| No noto ningún problema | _____ | _____ | |
| Bolita en el seno/masa | _____ | _____ | |
| Dolor en el seno/sensibilidad | _____ | _____ | |
| Mamografía anormal | _____ | _____ | |
| Secreción del pezón | _____ | _____ | Color de la secreción _____ |
| ¿Está tomando hormonas femeninas o pastillas anticonceptivas actualmente? _____ ¿Cuáles? _____ | | | |
- Antecedentes de la Menstruación
Edad a la que empezó a menstruar _____ Edad a la que dejó de menstruar (si procede) _____
Edad a la que tuvo su primer embarazo _____ Núm. total de embarazos _____ Núm. total de partos _____
¿Le han quitado el útero y/o los ovarios? _____ Si es así, ¿Por qué? _____
- Antecedentes Familiares
¿Hay cáncer de mama en parientes consanguíneos? (Padres, hermanos, abuelos) No _____ Sí _____
Relación _____
Edad al momento del diagnóstico _____
- | Historia Médica | Derecho | Izquierdo | |
|---|---------|-----------|--|
| Mastitis (Infección en el seno) | _____ | _____ | |
| Aspiración de un quiste (muestra del líquido) | _____ | _____ | |
| Biopsia de seno (muestra del tejido) | _____ | _____ | |
| Cáncer de mama | _____ | _____ | |
| Mamoplastía/aumento/implantes | _____ | _____ | |
| Mamografías previas: Sí _____ ¿Dónde? _____ Año _____ Ninguna _____ | | | |
- Otros problemas médicos (Tales como cardiopatía, enfermedad de los pulmones, hígado, riñones; hipertensión arterial, diabetes, etc.)

- Antecedentes quirúrgicos _____