

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Medico: _____ Centro de Imagen: _____

Razón de este examen: _____

Ha tenido un mamograma/ ultrasonido anteriormente? Si No Cuando? _____ Donde? _____

Ha tenido un MRI del seno anteriormente? Si No Cuando? _____ Donde? _____

HISTORIA DE IMPLANTE MAMARIO

1. IMPLANTE FÍSICO

		Derecho	Izquierdo
Silicona?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Salina?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Un solo Lumen?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Doble Lumen?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Retro-pectoral (detrás del músculo del pecho)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Retro-glandular (sobre músculo del pecho)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Tipo de implante (s):	_____		
Fecha (s) de Cirugía:	_____		

2. HISTORIAL DE CIRUGIAS DEL SENO / IMPLANTE:

		Derecho	Izquierdo
Le colocaron solución de esteroides con implante (s) original?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Recibió inyecciones de silicona o parafina en su seno (s)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Recibió inyecciones de silicona o esteroides en su seno (s)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Está pensando en remover su implante de seno (s)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____

3. HISTORIA GENERAL:

Eres pre-menopáusica? Si No Fecha del último período menstrual: _____
 Pacientes pre-menopáusicas deben ser programadas entre los 7-10 días del primer día del último período menstrual.
 Día del ciclo de hoy: _____
 Eres posmenopáusica? Si No _____
 Está en terapia de reemplazo hormonal? Si No _____
 Si usted dejó de tomar hormonas hace cuánto tiempo las dejó? _____
 Por favor, indique los síntomas : _____

<p>OFFICE USE ONLY Clinical Findings</p> 	<p>Clinical Indications / Notes:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Technologist's Name: _____</p>
---	---

1. Después que se revise su mamograma, si existe una area que necesite una evaluación mas intensa, nosotros nos pondremos en contacto con usted para hacer una nueva cita. (exámenes adicionales significan un nuevo cargo de pago).
2. Si un ultrasonido es recomendado, este se considera un examen separado y consiste de un nuevo cargo de pago.
3. En el caso de que se necesitará radiografías adicionales y / o ultrasonido de seno el mismo día de su mamografía de rutina, tenga en cuenta que hay cargos adicionales para estos exámenes.

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE UNA MAMOGRAFÍA DE DIAGNÓSTICO Y / O ULTRASONIDO DE SENO NO SON CONSIDERADOS EXÁMENES PREVENTIVOS DE RUTINA Y PUEDE INCURRIR GASTOS ADICIONALES DE BOLSILLO.

Hasta lo que yo se, todo lo arriba escrito es verdadero y correcto.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____