

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Razón de la visita: _____

PARTE 1: (paciente)

Internista/médico general: _____

Ginecólogo: _____

Edad: _____ Primer y último embarazo (a qué edad): _____

Número total de embarazos: _____ ¿Cuándo fue la última mamografía?: _____

Último período (fecha o edad): _____ Primer período (edad): _____

	SÍ	NO
¿Toma hormonas/píldoras anticonceptivas?		
¿Realiza auto-exámenes de seno?		
¿Alguna vez tuvo una biopsia de seno?		
¿Alguna vez ha tenido secreción en los pezones?		
¿Alguna vez ha tenido dolor o bultos?		
¿Tiene un historial familiar de cáncer de seno? (relación con usted, edad al momento del diagnóstico, duración de la enfermedad)		

PARTE 2: (médico)

Fecha de la mamografía	Positiva	Negativa	Comentarios

Examen físico:	DERECHO	IZQUIERDO
Masas		
Adenopatía		
Cambios en la piel		
Secreción del pezón		

Comentarios/Recomendaciones:

