



Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(con claridad y letra de molde)

Mi firma autoriza la liberación de mis registros médicos y estudios en imágenes a Chesapeake Medical Imaging de la ubicación arriba mencionada. Por favor envíe CD a la dirección de arriba. Gracias!

Firma del paciente

Fecha de hoy

Última mamografía (mes/año): _____ Nombre de establecimiento: _____

A qué doctor quiere que le sean enviados los resultados? _____

Razón de su visita:

- | | | | | | |
|--|-----|-----|---|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> Chequeo anual | Der | Izq | <input type="checkbox"/> Secreción de pezón | Der | Izq |
| <input type="checkbox"/> Seguimiento | Der | Izq | <input type="checkbox"/> Nuevo dolor en mama | Der | Izq |
| <input type="checkbox"/> Pre-operatorio | Der | Izq | <input type="checkbox"/> Estudio anterior anormal | Der | Izq |
| <input type="checkbox"/> Nueva protuberancia | Der | Izq | | | |

PARA SER LLENADO POR EL TECNÓLOGO:

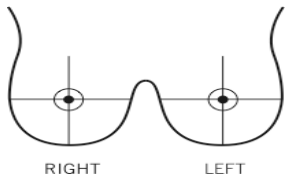
Historia Personal de cirugías en senos:

- | | | |
|---|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | Der | Izq |
| <input type="checkbox"/> Implantes de seno | Der | Izq |
| <input type="checkbox"/> Reducción de seno | Der | Izq |
| <input type="checkbox"/> Biopsia con aguja | Der | Izq |
| <input type="checkbox"/> Biopsia excisional | Der | Izq |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama | Der | Izq |
| <input type="checkbox"/> Mastectomía | Der | Izq |
| <input type="checkbox"/> Tumorectomía | Der | Izq |
| <input type="checkbox"/> Radiación | Der | Izq |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | Der | Izq |

Historia personal:

- | | | |
|--|--------------------|----|
| Possible embarazo | Si | No |
| Fecha de último ciclo menstrual | _____ | |
| Post menopausia | Si | No |
| Extracción de ovarios | Si (der izq ambos) | No |
| Hormonas usadas actualmente: | Si | No |
| (Incluidos anticonceptivos) Cuánto tiempo has usado? | _____ | |
| Número de partos | _____ | |
| Primer hijo después de los 30 | Si | No |
| Historia Personal de Cáncer de mama | Si | No |
| Historia Personal de Cáncer de ovario | Si | No |

Notas del tecnólogo:



Historia Familiar de cáncer de cualquier tipo?

- Si (Por favor conteste el cuestionario de la página siguiente)
 No

Tecnólogo

_____ Se me ha ofrecido una mamografía en 3D y acepto y entiendo que si mi seguro no paga, deberé pagar \$50 USD.

_____ Se me ha ofrecido una mamografía en 3D y no he aceptado.

122 Defense Highway
Annapolis, MD 21041
Tel 410.571.0350
Fax 410.571.9348



CHESAPEAKE MEDICAL IMAGING

401 Purdy Street
Easton, MD21061
Tel 410.822.1888
Fax 410.822.6066

		Cáncer	Propio	Lado de la madre	Lado del padre	Edad diagnosticada
Y	N	Cáncer de seno antes de los 50				
Y	N	Cáncer de seno después de los 50				
Y	N	Cáncer de seno masculino				
Y	Y	Cáncer de ovarios				
Y	N	Cáncer de Útero/Endometrio				
Y	N	Cáncer de otro tipo				