

Date: _____

Patient Breast Health History Form
Historial Clinico Del Paciente

Why are you having a mammogram today? _____

Cual es la razon de que hoy se hace el mammograma? _____

Have you ever had a mammogram? When? Where? _____

Le han hecho un mammograma alguna vez? Cuando? Donde? _____

Any symptoms since your last mammogram?
Algún sintoma desde su último mammograma?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> None identified / Ninguno | <input type="checkbox"/> Breast dimpling / Hoyuelo en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Lump / Bulto en el Pecho | <input type="checkbox"/> Inflammation or swelling / Inflamación o hinchazón |
| <input type="checkbox"/> Pain / Dolor | <input type="checkbox"/> Nipple discharge / Secreción del pezón |
| <input type="checkbox"/> Other / Otro _____ | |

Number of pregnancies _____

Age of first live birth _____

Numero de embarazos _____

Edad que tuvo su primer hijo/a _____

Are you taking hormones? _____

Esta tomando hormonas? _____

Have you had breast surgery? What type: Biopsy Implants Breast Reduction

Le han operado los senos? Que tipo: Biopsia Implantes Reducción de seno

Results of biopsy? / Resultados de biopsia? _____

Have you had breast cancer? If so what treatment? _____

Ha tenido cancer de seno? Si es así cual tratamiento? _____

Has a blood relative had breast/ovarian cancer? Who? What age? _____

Tiene usted algún familiar que haya tenido cancer del seno/ovario? Quien? Edad? _____

Date of last menstrual period? _____

Age of first menstrual period? _____

Fecha de su última menstruación? _____

Edad de primera menstruación? _____

****Has your address changed from last visit? ****

****Ha cambiado su domicilio desde su última visita? ****

Name/Nombre: _____

D.O.B/Fecha de Nacimiento: _____

Address/Dirección: _____

City/Ciudad: _____ ZipCode/Código Postal: _____

Phone Number/Numero de telefono: (____) _____ - _____