

Patient Breast History Form/Historial Clinico Del Paciente

NAME/NOMBRE: _____

DATE/FECHA _____

DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO: _____

MRN: _____

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 **NEW** symptoms since your last mammogram?

Algún sintoma **NUEVO** desde su último mammograma?

None identified/Ninguno

Lump/Bulto en el pecho

Pain/Dolor

Other/Otro _____

Breast dimpling/Hoyuelo en el pecho

Inflammation or swelling/Inflamacion o hinchazon

Nipple discharge/Secrecion del pezón

Number of pregnancies _____

Age of first live birth _____

Are you currently breastfeeding _____

Numero de embarazos _____

Edad que tuvo su primer hijo/a _____

Actualment dando pecho? _____

Date of last menstrual period? _____

Age of first menstrual period? _____

Are you taking hormones? _____

Fecha de su última menstruación? _____

Edad de primera menstruación? _____

Esta tomando hormonas? _____

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

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

Results of biopsy/Resultados de biopsia: _____

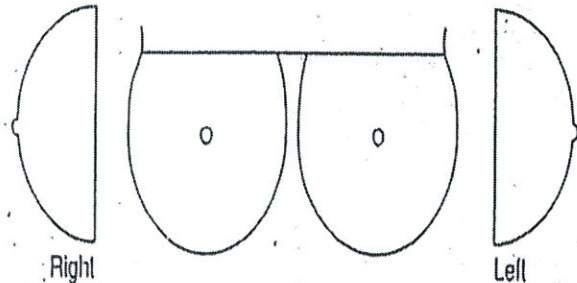
Have you had breast cancer? If so, what treatment? _____

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? _____

OFFICE USE ONLY



DOCTOR'S NOTES: _____

Case Management: CBE & Mammogram results correlated on _____ (date)

Recommend: Return for routine re-screen 1 year

IMMEDIATE WORK-UP Short term follow-up in 3 mo 6 mo

Plan of Care: Dx Mammogram Ultrasound Biopsy

Spot Compressions FNA Surgical Consult

Clinician Signature: _____ Date: _____