



## Historial De Seno

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Lugar donde fue su ultimo mammograma: \_\_\_\_\_

Le hicieron algun otro estudio (i.e. ultrasonido): \_\_\_\_\_

Razon por que le estamos hacienda su examen: \_\_\_\_\_

Tiene usted historial de cancer del seno:  Si  No  Izquierdo  Derecho  Ambos

Hay historial en su familia de cancer de seno:  Si  No Quien: \_\_\_\_\_

A tenido una biopsia:  Si  No Donde: \_\_\_\_\_

A tenido cirugias de los cenos:  Si  No Donde: \_\_\_\_\_

Fecha de su ultimo cyclo menstrual: \_\_\_\_\_

Esta Embarasada:  Si  No

Esta amamantando:  Si  No

A tenido Chimioterapia para el tratamiento de sus senos:  Si  No

Si su respuesta es SI, Cuando fhe su ultimo tratamiento: \_\_\_\_\_

A tenido Radiacion para el tratamiento de sus senos:  Si  No

Si su respuesta es SI, Cuando fhe su ultimo tratamiento: \_\_\_\_\_

Toma algun tipo de medicamento hormonal (estrogen):  Si  No

Si su respuesta es SI, Que medicamento toma: \_\_\_\_\_

TIENE IMPLANTES DEL SENO:  Si  No

TIPO DE IMPLANTE:  Agua Salina  Silicona

Marca de implante: \_\_\_\_\_

Modelo de catálogo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_