

MAMMOGRAPHY PATIENT QUESTIONNAIRE

Referring Physician _____

 Previous mammogram Yes No

Where was previous mammogram performed: _____ Date: _____

 Was patient's name the same as above? Yes No if no, under what name? _____

 Did you bring previous films with you? Yes No if no, was film release filled out? Yes No

REASON FOR EXAM Routine Non-Routine

Circle problem: (pain (focal or diffuse), nipple discharge (spontaneous or expressed), nipple changes, skin changes, lump, thickening, or other... Describe _____ Duration of complaint: _____

OB/GYN HISTORY

 Is there a possibility of pregnancy? Yes No Date of last period (month/day): _____

Number of pregnancies _____ Number of births _____ Age at 1st pregnancy _____

Age at 1st period _____ Menopause age _____

 Do you have regular menstrual periods? Yes No

 Have you had a hysterectomy? Yes No if yes, age? _____

 Have you had an ovary removed? Yes No if yes, Right Left Both

FAMILY HISTORY OF CANCER (EX: Breast, Ovarian, Endometrial, Colorectal, Pancreatic, Prostate, BRCA positive)

| Maternal Relatives (Mother) | F | M | Age at Diagnosis | Type | Paternal Relatives (Father) | F | M | Age at Diagnosis | Type |
|-----------------------------|---|---|------------------|------|-----------------------------|---|---|------------------|------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

CURRENT MEDICATION USE

 Hormones: No Yes: Type: Estrogen Progesterone Other _____

 Oral Contraceptives: No Yes: Type: _____ Estrogen receptor: Yes No Type: _____

| Your Risk Factors | Yes | No | Age | Prior Breast Surgery | Yes | No | Date | Results |
|---|-----|----|-----|---|-----|----|------|---|
| Ashkenazi Jewish | | | | Core Biopsy <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L | | | | |
| History of Breast Cancer | | | | Excisional Biopsy <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L | | | | |
| History of Ovarian Cancer | | | | Previous Radiation <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L | | | | |
| History of Colon Cancer | | | | Mastectomy <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L | | | | |
| History of Endometrial Cancer | | | | Lumpectomy for cancer <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L | | | | |
| History of other Cancer: Type: _____ | | | | Breast Reduction <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L | | | | |
| History of high-risk lesion | | | | Breast Implants <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L | | | | <input type="checkbox"/> 1st set <input type="checkbox"/> 2nd set |
| Previous Chest Radiation | | | | | | | | |
| Previous Chemotherapy | | | | | | | | |
| BRCA Positive | | | | | | | | |
| Lymphoma | | | | | | | | |

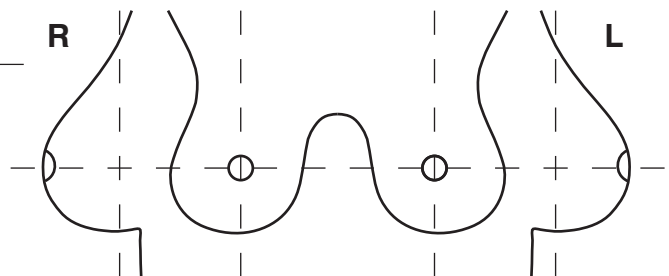
Patient Signature _____ Date _____

The technologist will complete the remainder of this form

 Type of mammogram: Screening Diagnostic

 Where prior films available at time of exam? Yes No

Technologist Observations:



SCAR (+++++) MASS OR LUMP (XXXXX) MOLE (•)

Tech: _____



CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MAMOGRAFÍA MAMMOGRAPHY PATIENT QUESTIONNAIRE

Médico que remite _____

Mamografía anterior Sí No

¿Dónde se realizó la mamografía anterior? _____ Fecha: _____

¿El nombre de la paciente corresponde al mencionado anteriormente? Sí No Si la respuesta es no, ¿qué nombre aparece? _____

¿Trajo radiografías anteriores con usted? Sí No Si la respuesta es no, ¿se había llenado el formulario de divulgación de radiografías? Sí No

MOTIVO PARA EL EXAMEN Routine Non-Routine

Encierre en un círculo el problema: dolor (focal o difuso), secreción del pezón (espontánea o al apretar), cambios en el pezón, cambios en la piel, bulto, engrosamiento u otro. Describa _____ Duración de la afección: _____

ANTECEDENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

¿Hay posibilidad de embarazo? Sí No Fecha del último período (mes/día): _____

Número de embarazos _____ Número de nacimientos _____ Edad al 1er embarazo _____

Edad al 1er período _____ Edad de la menopausia _____

¿Tiene períodos menstruales regulares? Sí No

¿Ha tenido una histerectomía? Sí No Si la respuesta es sí, ¿a qué edad? _____

¿Le han extraído un ovario? Sí No Si la respuesta es sí, Derecho Izquierdo Ambos

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER (Por ej.: de mama, de ovario, endometrial, colorrectal, de páncreas, de próstata, gen BRCA positivo)

| Parientes maternos (de la madre) | F | M | Edad al momento del diagnóstico | Tipo | Parientes paternos (del padre) | F | M | Edad al momento del diagnóstico | Tipo |
|----------------------------------|---|---|---------------------------------|------|--------------------------------|---|---|---------------------------------|------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

USO DE MEDICAMENTOS EN LA ACTUALIDAD

Hormonas: No Sí: Tipo: Estrógeno Progesterona Otro _____

Anticonceptivos orales No Sí: Tipo: _____ Receptor de estrógeno: Sí No Tipo: _____

| Sus factores de riesgo | Sí | No | Edad | Cirugía de mama anterior | Sí | No | Fecha | Resultados |
|--|----|----|------|---|----|----|-------|--|
| Grupo étnico judío asquenazi | | | | Biopsia (extracción parcial) de núcleo <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I | | | | |
| Antecedentes de cáncer de mama | | | | Biopsia (extracción parcial) por escisión (corte) <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I | | | | |
| Antecedentes de cáncer de ovarios | | | | Tratamiento de radiación anterior <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I | | | | |
| Antecedentes de cáncer de colon | | | | Mastectomía <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I | | | | |
| Antecedentes de cáncer endometrial (de la membrana mucosa del útero) | | | | Tumorectomía por cáncer <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I | | | | |
| Antecedentes de otro cáncer: Tipo: _____ | | | | Reducción de mamas <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I | | | | |
| Antecedentes de lesiones de alto riesgo | | | | Implantes de mama <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I | | | | <input type="checkbox"/> 1er juego <input type="checkbox"/> 2º juego |
| Radiación de tórax anterior | | | | | | | | |
| Quimioterapia anterior | | | | | | | | |
| Gen BRCA positivo | | | | | | | | |
| Linfoma | | | | | | | | |

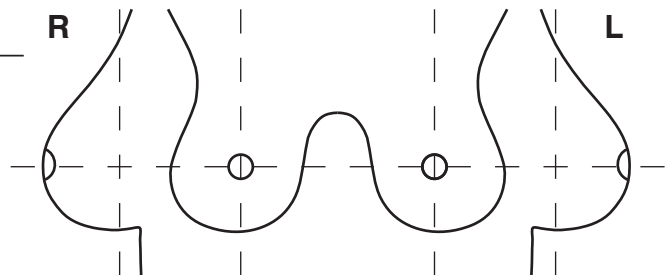
Firma del paciente _____ Fecha _____

El tecnólogo completará el resto de este formulario

Tipo de mamografía: Evaluación Diagnóstico

¿Había radiografías disponibles al momento del examen? Sí No

Observaciones del tecnólogo _____



CICATRIZ (+++++) MASA O BULTO (XXXXX) LUNAR (●)

Tec.: _____

