

<input type="checkbox"/> Mamografía	<input type="checkbox"/> Sonomamografía
--	--

Apellido-Paterno	Apellido-Materno	Nombre	Fecha del Estudio:	
Dirección Postal:			Número del Paciente:	
Teléfono de la casa:			Edad:	Fecha de Nacimiento:
Teléfono Celular:			Tecnólogo:	
Ciudad	Estado	Zipcode		

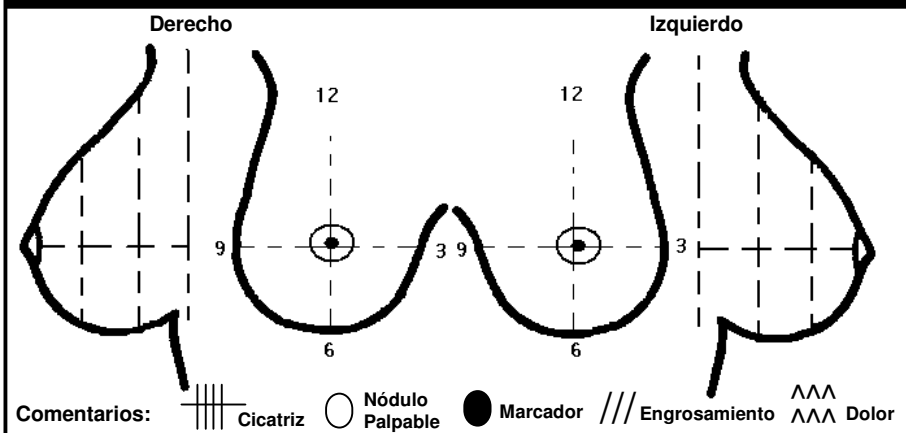
Médico de Referencia:

Razón de la Visita: <input type="checkbox"/> Screening (De cernimiento) <input type="checkbox"/> Diagnostic (Indicación de Problema) → <input type="checkbox"/> Recall (Evaluación Adicional, Spot, Addendum)	R	L	<input type="checkbox"/> Dolor	Tratamiento de Hormonas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo de Hormona: _____ Desde cuando?: _____ Paciente de Cáncer de Seno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	R	L	<input type="checkbox"/> Anormalidad palpable	
	R	L	<input type="checkbox"/> Segrega líquido _____	
	R	L	<input type="checkbox"/> Retracción del pezón	
	R	L	<input type="checkbox"/> Quiste	

Historial Familiar del Paciente (Cáncer de Seno) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					Tratamiento del Paciente (Diagnóstico Cáncer de Seno):				
Antes/ Después Meno- pau- sa ?	<input type="checkbox"/> Abuela	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Prima	<input type="checkbox"/> Tía	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Radioterapia
Ha Lactado durante los últimos 3 meses ? SI _____ NO _____						<input type="checkbox"/> Lumpectomía _____	<input type="checkbox"/> Mastectomía _____	<input type="checkbox"/> Tamoxifen _____	

Biopsia del Seno:	R	L	¿Cuándo?:	¿Resultado?	Cirugía Plástica del Seno:						
Cirugía abierta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Benigno	Maligno	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Reducción	<input type="checkbox"/> Implantes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Levantamiento	<input type="checkbox"/> Reconstrucción
Aspiración por Aguja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ Trajo mamografías anteriores ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Estereotáctica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pendiente ¿Quién lo recibe? _____					

Favor de señalar en el diagrama, la localización de cicatrices, masas palpables, verrugas o lunares grandes



BI-RADS CATEGORIES:

<input type="checkbox"/> CAT: I	<input type="checkbox"/> CAT: O
<input type="checkbox"/> CAT: II	<input type="checkbox"/> Follow-Up 3 Months
<input type="checkbox"/> CAT: III	<input type="checkbox"/> Special Mammog View
<input type="checkbox"/> CAT: IV	<input type="checkbox"/> Sonomammography
<input type="checkbox"/> CAT: V	<input type="checkbox"/> Spot Compression
<input type="checkbox"/> CAT: VI	<input type="checkbox"/> Magnification

#Placas: _____