

4045 East Bell Rd, Suite #143  
Phoenix, Arizona 85032  
602-867-0404  
Fax: 602-788-0893



11209 North Tatum, Suite 180  
Phoenix, Arizona 85028  
602-867-0404  
Fax: 602-788-0893

### HISTORIA DE MAMMOGRAPHY

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Hoy: \_\_\_\_\_

Medico El Referirse: \_\_\_\_\_ Su Edad : \_\_\_\_\_

Usted o su doctor a sentido quistes o bolas en los cenos? La Dereche \_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_ Adonde \_\_\_\_\_

Usted ha tenido mammograms anteriores? \_\_\_\_\_ Adonde: \_\_\_\_\_

Udad que comenzo su menstruacion? \_\_\_\_\_

Edad en el primer embarazo? \_\_\_\_\_ Usted amamanto? \_\_\_\_\_

Usted toma regularmente pildoras u hormonas del control de la natalidad? \_\_\_\_\_

Usted tiene periodos menstal regulares? \_\_\_\_\_ Si si, fecha del ultimo? \_\_\_\_\_

Usted tiene terrones en cualquier ceno? \_\_\_\_\_

Usted tiene malestar o dolor? \_\_\_\_\_

Usted tiene descarga de las enterrosocas? \_\_\_\_\_ Si si, que color es? \_\_\_\_\_

Usted a perdido o ganado peso desde el examen passado del mamo? \_\_\_\_ Cuanto? \_\_\_\_\_

Usted ha tenido cirugia o biopsias o implantes en los cenos? \_\_\_\_ Si si, describa? \_\_\_\_\_

Usted ha tenido radioterapia? \_\_\_\_\_ Para? \_\_\_\_\_

Hay una historia del cancer de los cenos en su familia? \_\_\_\_\_ Si si, que pariente? \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_ Hermana: \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Hija: \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_

Tia: \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_ Firme De Tecnico: \_\_\_\_\_

