

WAKE RADIOLOGY HISTORIA DE MAMOGRAFÍAS DEL PACIENTE

Favor de completar todas las preguntas dentro del casillero rosado.

MR# _____ ACCT # _____

Nombre _____ Fecha del examen _____ Hora _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Raza _____ Médico Solicitante _____

¿Ya se ha hecho alguna mamografía? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha y el centro en donde se hizo las últimas mamografías: _____

¿Tiene problemas con las mamas? Sí No

| SÍNTOMA | DERECHA | IZQUIERDA | EXPLIQUE |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| Bulto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Secreción | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Dolor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Cambios en la piel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

¿Ha tenido cáncer de mama? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué mama? derecha izquierda ambas

¿Su madre o su hermana han tenido cáncer de mama? Sí No
Si la respuesta es AFIRMATIVA, complete la información que aparece abajo:
 Madre edad de la primera aparición _____
 Hermana edad de la primera aparición _____

¿Actualmente está tomando sustitutos hormonales? Sí No
Estado de la menopausia: premenopausis posmenopausia

¿Ya ha tenido cirugías mamarias (incluso implantes)? Sí No
Si la respuesta es AFIRMATIVA, por favor indique las fechas de lo siguiente:

| SURGERY | DERECHA | IZQUIERDA |
|--------------------------------------------|---------|-----------|
| Aspiración de quiste mamario | _____ | _____ |
| Biopsia quirúrgica | _____ | _____ |
| Biopsia con aguja | _____ | _____ |
| Mastectomía | _____ | _____ |
| Lumpectomía (par el tratamiento de cáncer) | _____ | _____ |
| Radioterapia | _____ | _____ |
| Implantes | _____ | _____ |
| Reducciones | _____ | _____ |
| Otras _____ | _____ | _____ |

Firma de la paciente _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL RADÍOLOGO

Date of previous comparison films _____

Not available No previous baseline

Changes? Yes No

Implants? Yes No

Parenchyma ED HD SF EF

SCREENING

| Right | Left |
|-------|------|
| Omco | Omco |
| 1 | 1 |
| 2 | 2 |

DIAGNOSTIC

| Right | Left |
|-------|------|
| Omco | Omco |
| 1 | 1 |
| 2 | 2 |
| 3mco | 3mco |
| 4mco | 4mco |
| 5mco | 5mco |

Radiologist _____

Next Mammogram:

1 Yr 6 mos Age 40 Other _____

Immediate Followup Recommended:

| | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clinical Followup | <input type="checkbox"/> Cyst Aspir (FNA) |
| <input type="checkbox"/> Additional views | <input type="checkbox"/> Surgical Consult |
| <input type="checkbox"/> Ultrasound | <input type="checkbox"/> Core BX |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | <input type="checkbox"/> Open BX |
| | <input type="checkbox"/> Other _____ |

Comments _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL TECNÓLOGO

Type of Study: Screening Diagnostic Breasts Imaged: R L B

WR Location: NH CH WR NW GR CY BCW WF MV FV

Callback from screening date _____

Technologist _____

Number of images verified in PACS _____

Comments _____

