



Fecha : _____

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Nombre(s): _____

Edad: _____

Telefono: _____

Medico Tratante: _____

Especialidad: _____

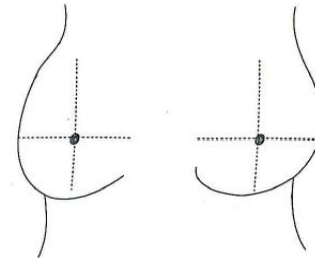
MOTIVO DEL ESTUDIO

CONTROL - CHEQUEO () PRIMERA VEZ SI () NO ()

ESTUDIOS PREVIOS: Mastografia () Ultrasonido () Fecha : _____

- () NÓDULO
- () DOLOR ARDOR
- () HINCHAZÓN
- () LESIÓN CUTÁNEA
- () SECRECIÓN POR EL PEZÓN
 - () SANGUINOLENTA
 - () PURULENTA
 - () BLANQUECITA

SEÑALES PARTICULARES EN SUS MAMAS



ANTECEDENTES PERSONALES

MENARCA _____ FUR _____ MENOPAUSIA _____

EMBARAZOS () PARTOS () ABORTOS ()

AMAMANTO A SUS HIJOS SI () NO ()

TRATAMIENTO HORMONAL SI () NO () CUAL ? _____ TIEMPO _____

ANTICONCEPTIVOS () OTROS FÁRMACOS _____

ANTECEDENTES PERSONALES

CÁNCER DE MAMA EN LA PACIENTE SI () NO () EDAD _____

Radioterapia () Quimioterapia () FECHA _____

CÁNCER DE MAMA EN ALGÚN FAMILIAR SI () NO () QUIEN Y EDAD _____

OTRO TIPO DE CÁNCER: _____ QUIEN _____

HIPERTENSION ARTERIAL () DIABETES MELLITUS ()

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

CIRUGÍA ESTÉTICA

Reducción () Aumento () Implantes () Fecha _____

Mastectomia () Derecha () Izquierda () Fecha _____

Biopsia () Derecha () Izquierda () Fecha _____