

USE PATIENT PLATE

University of California, Davis Medical Center
Breast Health History
INFORMACION MEDICA DE LOS SENOS

¿ HA TENIDO UD. UNA MAMOGRAFIA ANTES? Si__ No__

¿ En dónde? _____

¿ Qué año? _____

¿ TIENE UD. PROBLEMAS MEDICOS CON SUS SENOS? Si__ No__

¿ SIENTE UD O SUS DOCTOR UN NÓDULO (BOLITA) EN SUS SENOS? Si__ No__

¿ Dónde? _____

¿ Cuánto tiempo lo ha sentido? _____

¿ TIENE UD. IMPLANTES DE LOS SENOS? Si__ No__

Si es así, ¿ Qué año? _____

¿ HA TENIDO UD. CANCER DE LOS SENOS ? Si__ No__

Si es así, Tuvo Radioterapia o Quimioterapia

¿ HA TENIDO UD. CIRUGÍA DE LOS SENOS? Si__ No__

____ izquierdo _____ derecho
¿ Qué año? _____

¿ Qué le encontraron ? _____

¿ HAY ALGUIEN DE SU FAMILIA QUE TENGA O HAYA TENIDO CANCER DE LOS SENOS (madre, hermana, hija) Si__ No__

Si es así, qué pariente? _____

¿ Qué edad tenía cuando encontraron cancer? _____

¿ TODAVÍA TIENA UD. LA MENSTRUACIÓN? Si__ No__

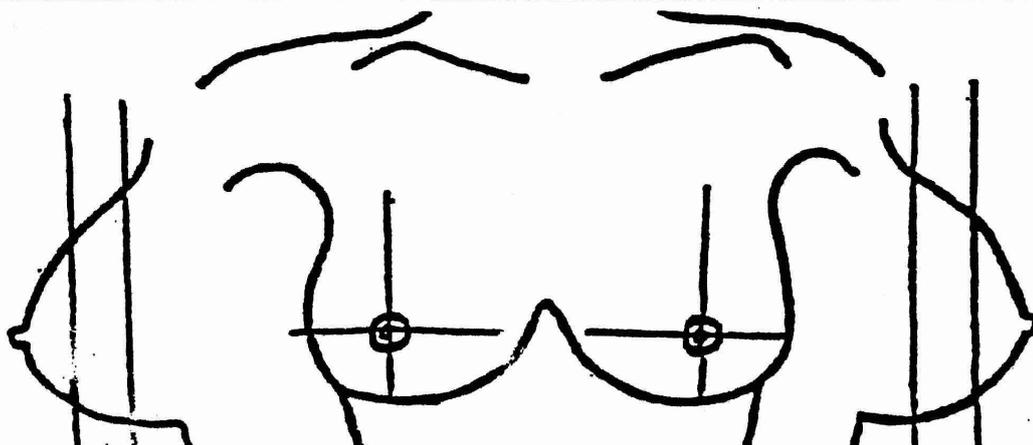
¿ Cuando fue su última menstruación? _____

¿ ESTÁ UD. TOMANDO HORMONAS? Si__ No__

¿ Qué tipo? _____ ¿ Qué tanto tiempo? _____

¿ TEINE UD. OTRA INFORMACIÓN QUE NOS SERÍA ÚTIL?

DERECHA



ISQUIERDA