

**SAINT CLARE'S HOSPITAL**  
**FORMATO DE INFORMACION SOBRE LOS SENOS**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

ESTATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ Pérdida/ganancia de peso desde su última visita: \_\_\_\_\_

Razón de su Visita:  Rutinaria **Tamaño del sujetador y de la taza:** \_\_\_\_\_

Quejas  Masa  Dolor  Quemazón  Sensible  Descarga del pezón  Pezón invertido  
 Otros \_\_\_\_\_ Duración de la Queja: \_\_\_\_\_

¿SE HA HECHO UN MAMOGRAMA ANTERIORMENTE? CUANDO: \_\_\_\_\_ DONDE: \_\_\_\_\_

ULTRASONIDO DEL SENO? CUANDO: \_\_\_\_\_ DONDE: \_\_\_\_\_

MRI DEL SENO? CUANDO: \_\_\_\_\_ DONDE: \_\_\_\_\_

Historia de Cáncer del Seno: Si es por favor indicar le edad del familiar, cuando el cáncer fue diagnosticado.

\_\_\_\_ Propio \_\_\_\_ Madre \_\_\_\_ Hermana \_\_\_\_ Hija \_\_\_\_ Tía \_\_\_\_ Abuela

Historial Personal: Cáncer del Endometrio  No  Sí, Edad \_\_\_\_\_ Cáncer del Ovario  No  Sí, Edad \_\_\_\_\_

Edad de Primera Menstruación: \_\_\_\_\_ Ultimo Período: \_\_\_\_\_ Edad a la Menopausia: \_\_\_\_\_

Número de Nacimientos Vivos: \_\_\_\_\_ Edad al primer embarazo a término: \_\_\_\_\_

¿Ultima vez que dio de lactar?  Durante los últimos seis meses  Más de 6 meses  Nunca

¿Ha tenido una: Histerectomía?  No  Sí, Edad \_\_\_\_\_

Remoción de Ovarios?  No  Sí, Edad \_\_\_\_\_  Derecho  Izquierdo  Ambos

**HISTORIAL DE TOMA DE HORMONAS:**

- Hormonas de Control de la Natalidad  Uso actualmente  Usé en el pasado  Nunca usé

Edad en que comenzó: \_\_\_\_\_ ¿Tiempo de uso? \_\_\_\_\_

- Estrógeno  Uso actualmente  Usé en el pasado  Nunca usé

Edad en que comenzó: \_\_\_\_\_ La dejó: \_\_\_\_\_ ¿Tiempo de uso? \_\_\_\_\_

- Progesterona  Uso actualmente  Usé en el pasado  Nunca usé

Edad en que comenzó: \_\_\_\_\_ La dejó: \_\_\_\_\_ ¿Tiempo de uso? \_\_\_\_\_

- Tamoxifeno  Uso actualmente  Usé en el pasado  Nunca usé

Edad en que comenzó: \_\_\_\_\_ ¿Tiempo de uso? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido cualquier tipo de cirugía en sus senos?  Sí  No

**Biopsia** del Seno: ¿Derecho, Cuándo? \_\_\_\_\_ / ¿Izquierdo, Cuándo? \_\_\_\_\_

Resultados: \_\_\_\_\_

Cirugía de **Implante** de Senos: ¿Derecho, Cuándo? \_\_\_\_\_ / ¿Izquierdo, Cuándo? \_\_\_\_\_

Tipo de implante: \_\_\_\_\_

Cirugía de **Reducción** de Senos: ¿Derecho, Cuándo? \_\_\_\_\_ / ¿Izquierdo, Cuándo? \_\_\_\_\_

**Masectomía:** ¿Derecho, Cuándo? \_\_\_\_\_ / ¿Izquierdo, Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha recibido quimioterapia o radiación para cualquier tipo de cáncer?  No  Sí, explique \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

*Este documento ha sido traducido del inglés al español. Los dialectos regionales y locales pueden diferir. Si necesita ayuda para entender esta planilla, por favor comuníquese a un representante del hospital.*