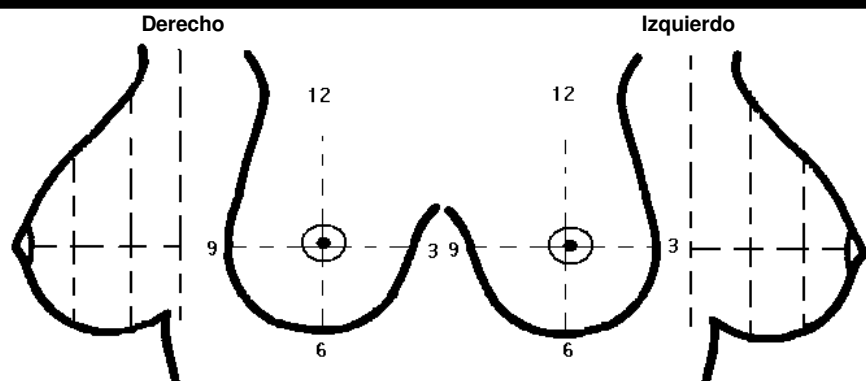



<input type="checkbox"/> Mamografía <input type="checkbox"/> Sonomamografía		Fecha del Estudio:	
Apellido-Paterno		Apellido-Materno	
Nombre		Número del Paciente:	
Dirección Postal:		Telefono de la casa:	
Ciudad Estado Zipcode		Edad:	Fecha de Nacimiento:
Médico de Referencia:		Telefono Celular:	
Tecnólogo:			
Razón de la Visita:			
<input type="checkbox"/> Screening (De cernimiento)		<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Dolor	Tratamiento de Hormonas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Diagnostic (Indicación de Problema)		<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Anormalidad palpable	Tipo de Hormona: _____
<input type="checkbox"/> Recall (Evaluación Adicional, Spot, Addendum)		<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Segrega líquido _____	Desde cuando?: _____
		<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Retracción del pezón	Paciente de Cáncer de Seno?
		<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Quiste	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Historial Familiar del Paciente (Cáncer de Seno) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tratamiento del Paciente (Diagnóstico Cáncer de Seno):	
Antes/Después Meno-pausa ?	<input type="checkbox"/> Abuela	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana
	<input type="checkbox"/> Prima	<input type="checkbox"/> Tía	<input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo
			<input type="checkbox"/> Quimioterapia
			<input type="checkbox"/> Lumpectomía _____
			<input type="checkbox"/> Radioterapia
			<input type="checkbox"/> Mastectomía _____
			<input type="checkbox"/> Tamoxifen _____
Ha Lactado durante los últimos 3 meses ? SI _____ NO _____		Cirugía Plástica del Seno:	
Biopsia del Seno:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Reducción <input type="checkbox"/> Implantes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Levantamiento <input type="checkbox"/> Reconstrucción
Cirugía abierta:	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L ¿Cuándo?: _____	<input type="checkbox"/> Benigno <input type="checkbox"/> Maligno	
Aspiración por Aguja:	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	¿Trajo mamografías anteriores ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estereotáctica:	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> Pendiente ¿Quién lo recibe? _____	
Favor de señalar en el diagrama, la localización de cicatrices, masas palpables, verrugas o lunares grandes		BI-RADS CATEGORIES:	
		<input type="checkbox"/> CAT: I <input type="checkbox"/> CAT: O	
		<input type="checkbox"/> CAT: II <input type="checkbox"/> Follow-Up 3 Months	
		<input type="checkbox"/> CAT: III <input type="checkbox"/> Special Mammog View	
		<input type="checkbox"/> CAT: IV <input type="checkbox"/> Sonomammography	
		<input type="checkbox"/> CAT: V <input type="checkbox"/> Spot Compression	
		<input type="checkbox"/> CAT: VI <input type="checkbox"/> Magnification	
Comentarios: 		#Placas: _____	