Nombre del paciente: _____

HISTORIA MEDICA		
Síntomas recientes de senos		
☐ Bola ☐ Desecho del Pezón ☐ Cambios en la piel (hoyuelo, retractación de pezón, piel escamosa, etc.) ☐ Dolor ☐ Otro (especifique): _____		
Historia de fumador		
¿Fuma usted cigarros actualmente? ☐ Diariamente ☐ Algunos días ☐ Nunca		
¿Está usted interesada en dejar de fumar? ☐ Sí ☐ No ☐ No fumo		
Historia de cáncer personal		
☐ Cáncer del Seno	Año en que se diagnosticó	
☐ Cáncer Cervical	Año en que se diagnosticó	
☐ Cáncer Colorectal	Año en que se diagnosticó	
☐ Cáncer de Ovarios	Año en que se diagnosticó	
☐ Otro Cáncer	Año en que se diagnosticó	
Historia de Detección de Seno y Cervical		
¿Ha tenido usted un Papanicolaou? ☐ Sí, la fecha del examen: _____ ☐ No ☐ No sabe		¿Ha tenido alguna vez una prueba de Pap anormal? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
¿Ha tenido una histerectomía? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe		Razón por histerectomía:
¿Tiene usted una cerviz? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe		Fecha del histerectomía:
¿Ha tenido usted una mamografía? ☐ Sí, la fecha del examen: _____ ☐ No ☐ No sabe		¿Ha tenido alguna vez una biopsia de los senos? ☐ Sí, Fecha: _____ ☐ No ☐ No sabe
¿Ha tenido usted un examen clínico de senos? ☐ Sí, la fecha del examen: _____ ☐ No ☐ No sabe		¿Con que frecuencia se auto-examina los senos? ☐ Mensual ☐ Nunca ☐ Una vez al año ☐ Varias veces al año ☐ No sabe ☐ Semanal
Historia de Cáncer Familiar		
¿Alguno de sus parientes ha sido diagnosticado con cáncer de seno o cervical, de los ovarios, del Colon o del recto? ☐ Sí (Complete información abajo) ☐ No ☐ No sabe		
La Relación: ☐ Madre ☐ Hermana ☐ Abuela ☐ Tía ☐ Hija ☐ Padre ☐ Hermano ☐ Abuelo ☐ Tío ☐ Hijo		
Tipo de Relación: ☐ Materna ☐ Paterna	Edad:	Tipo de Cáncer: ☐ Seno ☐ Cerviz ☐ Ovario ☐ Colorectal
La Relación: ☐ Madre ☐ Hermana ☐ Abuela ☐ Tía ☐ Hija ☐ Padre ☐ Hermano ☐ Abuelo ☐ Tío ☐ Hijo		
Tipo de Relación: ☐ Materna ☐ Paterna	Edad:	Tipo de Cáncer: ☐ Seno ☐ Cerviz ☐ Ovario ☐ Colorectal