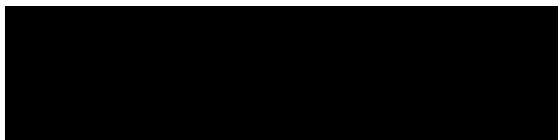




Problema o preocupación actual de los senos: (Current breast problem or concern)





NATIONAL
BREAST CENTER



Nombre (Name): _____

Fecha de nacimiento (DOB): _____

Síntomas (Symptoms)	Marque R (derecha), L (izquierda) o B (ambos) (Mark R for right, L for left and B for both)	¿Cuándo lo notó por primera vez, por favor explique? (When did you first notice it? Please explain.)
¿Dolor? (Pain?)		
¿Bulto o masa? (Lump or mass?)		
¿Cambios en el color o la textura de la piel de su seno? (Changes in the color or texture of the skin of your breast?)		
¿Secreción del pezón? (Nipple discharge?)		
¿Inversión del pezón? (Nipple inversion?)		
¿Cambio en la forma o el tamaño del seno? (Change in shape or size of the breast?)		
Hinchazón de los ganglios linfáticos axilares (Swelling of axillary lymph nodes?)		

¿Se realiza autoexploraciones de los senos?

(Do you perform self-breast exams?) _____

¿Con qué frecuencia? (How often?) _____

¿Fecha de la última mamografía? (Date of last mammogram) _____

¿En qué centro? (Which facility?) _____

¿Fecha del último ultrasonido?

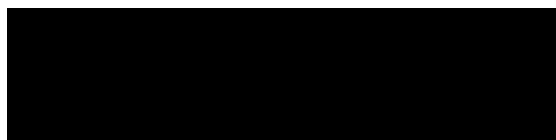
(Date of last ultrasound) _____

¿En qué centro? (Which facility?) _____

¿Está amamantando actualmente o ha amamantado en los últimos 6 meses? (Are you currently breastfeeding or have breastfed in the past six months?) _____

¿Ha tenido problemas con los senos en el pasado, sí o no? (Have you had breast problems in the past?) _____

Si su respuesta es sí, explique en la tabla a continuación. (If yes, please explain in the chart.)





NATIONAL
BREAST CENTER



<i>Problemas/preocupaciones anteriores (Past problems/concerns)</i>	<i>¿En cuál seno? (Which breast?)</i>	<i>¿Fecha? (Date?)</i>	<i>Resultado/tratamiento (Outcome/treatment?)</i>
Diagnóstico por imágenes anormal (Abnormal mammogram)			
Aspiración con aguja fina (Fine needle aspiration)			
Biopsia, incisional o excisional (Biopsy, core or excisional)			
Mastitis (Mastitis)			
Absceso (Abscess)			

¿Ha padecido de cáncer de mama en el pasado? (Have you had breast cancer in the past?) _____

¿Cuándo? (When?) _____

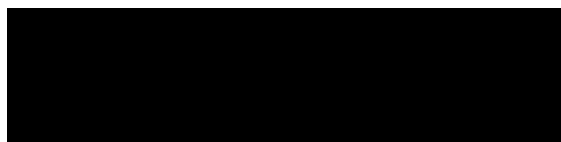
¿Su cáncer de mama fue invasivo? (Was your breast cancer invasive?) _____

¿Qué cirugía se realizó? (What surgery was performed?) _____

¿Recibió quimioterapia? (Did you receive chemotherapy?) _____

¿Recibió radioterapia? (Did you receive radiation therapy?) _____

Si se le administró radiación, ¿fue de seno completo o braquiterapia? (If yes, was it whole breast or brachytherapy?) _____





NATIONAL
BREAST CENTER



¿Alguna vez ha recibido terapia anti-hormonal/terapia endocrina? (Have you taken anti-hormone therapy or endocrine therapy?) _____

¿Cuál medicamento? (Which medication?) _____

¿Cuándo? (When?) _____ ¿Por cuánto tiempo tomó el medicamento? (How long did you take the medication?) _____

¿Alguna vez le han realizado pruebas genéticas para detectar cáncer de mama o de ovario? (Have you ever had genetic testing for breast or ovarian cancer?) _____ ¿Resultado? (Result?) _____

¿Le han realizado pruebas genéticas para detectar cáncer de mama o de ovario a alguien en su familia? (Has anyone in your family had genetic testing for breast or ovarian cancer?) _____ ¿Resultado? _____

¿A qué edad comenzó su ciclo menstrual? (What age did you start your menstrual cycle?) _____

¿Todavía tiene ciclos menstruales? (Do you still have menstrual cycles?) _____

¿Primer día del último ciclo o fecha de menopausia? (First day of your last period or date of menopause) _____ ¿Qué edad tenía al momento de su primer parto? (How old were you for your first birth?) _____

¿Le han realizado una histerectomía? (Have you had a hysterectomy?) _____

Si su respuesta es sí, ¿le extirparon los ovarios? (If yes, were your ovaries removed?) _____

¿Alguna vez ha tomado fármacos para la fertilidad? (Have you ever taken fertility drugs?) _____

De ser así, ¿por cuánto tiempo? (If yes, for how long?) _____

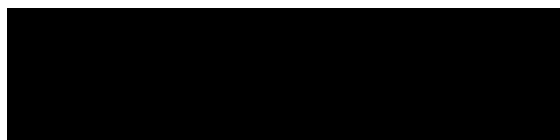
¿Alguna vez ha recibido reemplazo hormonal? (Have you ever taken hormone replacement?) _____

De ser así, ¿a lo largo de qué rango de edades? (If yes, over what age span?) _____

Antecedentes familiares de cáncer: (Family history of cancer)

¿Es adoptada?

(Are you adopted?) _____





NATIONAL
BREAST CENTER



¿Es de descendencia asquenazí?

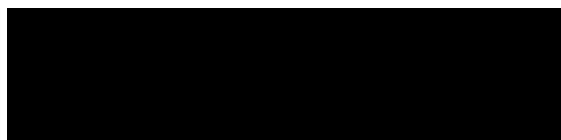
(Are you of Ashkenazi descent?) _____

Enumere todos los parientes de primer o segundo grado que hayan padecido de **cáncer de mama, ovario, colon o pancreático**, y su edad al momento del diagnóstico: (Please list any first or second-degree relatives that have had breast, ovarian, colon, or pancreatic cancer, and the age of their diagnosis.)

<i>¿Relación con usted? (Relationship to you?)</i>	<i>Lado materno o paterno (Mother's or father's side?)</i>	<i>¿Tipo de cáncer? (Type of cancer?)</i>	<i>Edad al momento del diagnóstico (Age at diagnosis)</i>

¿Alguna vez le han diagnosticado alguno de los siguientes problemas? (Have you ever been diagnosed with the following problems?)

- Asma, EPOC, Explique (Asthma, COPD, please explain) _____
- Enfermedad renal, Explique (Kidney disease, please explain)
- Enfermedad de la tiroides, Explique (Thyroid disease, please explain)
- Diabetes, Explique (Diabetes, please explain)
- Hipertensión arterial, Explique (Hypertension, please explain)
- Derrame cerebral, Explique (Stroke, please explain)
- VIH/SIDA, Explique (HIV/AIDS, please explain)
- Cáncer, Explique (Cancer, please explain)





Antecedentes sociales: (Social history)

¿Actualmente fuma? (Do you smoke?) _____ ¿Cuántos cigarrillos por día? (How many cigarettes a day?) _____
¿Durante cuantos años? (How many years?) _____

¿Es ex fumador? (Are you a former smoker?) _____

¿Cuántos cigarrillos por día? (How many cigarettes a day?) _____ ¿Durante cuantos años? (For how many years?) _____

¿Consume cafeína? (Do you use caffeine?) _____ ¿De qué tipo y qué tanto? (What kind and how long?) _____

¿Consumo de alcohol? (Do you drink alcohol?) Ninguno (never) Ocasional (occasionally) Moderado (moderate) Habitual (heavy)

¿Consumo ilícito de drogas? (Illicit drug use?) _____

Historial quirúrgico pasado (Past surgical history):

Marque en caso de no haber cirugías anteriores _____ (Please mark here if no prior surgeries)

Enumere todas las cirugías anteriores y el año en que se realizaron. (List all prior surgeries and the year they were performed.)

1. ____ ¿Año? (year) _____
2. ____ ¿Año? (year) _____
3. ____ ¿Año? (year) _____
4. ____ ¿Año? (year) _____

Medicamentos actuales (Current medications):

Marque en caso de no tomar medicamentos actualmente _____ (Please mark here if no current medications)

1. ____ ¿Dosis? (dose) _____
2. ____ ¿Dosis? (dose) _____
3. ____ ¿Dosis? (dose) _____
4. ____ ¿Dosis? (dose) _____

Alergias (Allergies):

Marque en caso de no sufrir de alergias _____ (Please mark here if no current allergies)

1. Medicamento (medicine) _____ ¿Gravedad? (severity) _____ ¿Reacción? (reaction) _____
2. Medicamento (medicine) _____ ¿Gravedad? (severity) _____ ¿Reacción? (reaction) _____
3. Medicamento (medicine) _____ ¿Gravedad? (severity) _____ ¿Reacción? (reaction) _____
4. Medicamento (medicine) _____ ¿Gravedad? (severity) _____ ¿Reacción? (reaction) _____
5. Otra, como látex o comida (Other, such as latex or food)
¿Gravedad? (severity) _____ ¿Reacción? (reaction) _____

Estatura (height): _____ Peso (weight): _____

Nombre de la farmacia (pharmacy): _____ Dirección (address): _____

Médico de cabecera (PCP): _____ Proveedor que refiere (referring MD): _____

