

I. TIPO DE PROCEDIMIENTO (Información para ser diligenciada por el técnico o Medico Radiólogo) (Marque con una "X" o registre la información según corresponda).

Mamografía: De rutina Diagnóstica

II. DATOS DEL PACIENTE (Información para ser diligenciada por el paciente).

Nombres Completos: (Apellidos)			Documento de identidad		
(Nombres)			Tipo	Número:	
Fecha de Nacimiento	Edad (Años)	Entidad de Afiliación			
DD	MM	AAAA			
Teléfono(s) fijo o celular			Nombre del médico tratante		

"SI USTED SE ENCUENTRA EN ESTADO DE EMBARAZO O CREE ESTARLO POR FAVOR NOTIFIQUELO INMEDIATAMENTE"

III. ANTECEDENTES (Información para ser diligenciada por el paciente) (Marque con una "X" o registre la información según corresponda)

¿Cuándo fue su última regla?	¿Cuándo fue su última mamografía?	Registre el resultado de su última mamografía				
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	
Embarazos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			¿Cuántos? _____	¿Ha lactado alguna vez en su vida? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		
Usted ha tomado o está tomando: Anticonceptivos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			Hormonas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Esteroides <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		

¿Le han practicado alguno de los siguientes procedimientos en el seno?

	Seno Derecho		Seno Izquierdo	
	MM	AAAA	MM	AAAA
Biopsia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Mastectomía	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Implantes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Reducción	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Cuadrantectomía	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Reconstrucción	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Otro ¿Cuál?				

Usted ha recibido tratamiento de:

Quimioterapia No Si
Radioterapia No Si

Especifique el medicamento aplicado _____

¿Le han extraído líquido de un quiste de seno? No Si
¿Le han extraído el Útero? No Si
¿Le han extraído los Ovarios? No Si

Especifique: _____

¿Le han diagnosticado algunas de las siguientes patologías?

	Seno Derecho		Seno Izquierdo	
	MM	AAAA	MM	AAAA
Cáncer de seno Derecho	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Cáncer de seno Izquierdo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Cáncer de ovario	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Cáncer de útero	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Cáncer en otro(s) órganos, ¿Cuál (es)?				

Antecedentes de cáncer de seno en su familia

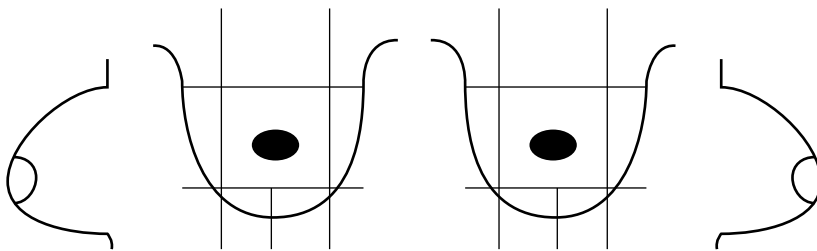
Madre No Si
Hermana No Si
Tía No Si
Sobrina No Si
Hija No Si
Otro, ¿Cual? _____

IV. Estado actual (Información para ser diligenciada por el técnico o Medico Radiólogo) (Marque con una "X" o registre la información según corresponda).

	Derecho	Izquierdo
Nódulos recientes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/>
Secreción por el pezón	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/>
Secreción por el pezón con sangre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/>
Inversión del pezón	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/>
Quistes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/>
Dolor reciente NO relacionado con la regla	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/>
Prótesis mamarias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/>

Otros síntomas: _____

¿Quién detecto el problema? _____



Categorías BI-RADS

- 0 Necesita imágenes adicionales
- 4 Sospechosas: 4a Baja 4b Intermedia
- 1 Negativa
- 4b Intermedia
- 2 Benignas
- 5 Alta sospecha de malignidad
- 3 Probablemente benignas
- 6 Malignidad comprobada

Dosis de Radiación

Observaciones: _____

IV. DATOS DEL MÉDICO RADIÓLOGO

Médico Radiólogo

Tecnólogo: