

CUESTIONARIO PARA LA MAMOGRAFÍA



NOMBRE: _____

EDAD DE SU PRIMER PERÍODO MENSTRUAL _____
FECHA DE SU ÚLTIMO PERIODO MENSTRUAL _____
¿CUÁNTOS EMBARAZOS HA TENIDO? _____
¿CUÁNTOS HIJOS HA TENIDO? _____
¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA CUANDO TUVO SU PRIMER HIJO(A)? _____
¿AMAMANTÓ? _____

	SI	NO
¿ESTÁ ACTUALMENTE EMBARAZADA?	_____	_____
¿ALGUIEN DE SU FAMILIA HA TENIDO CÁNCER DEL SEÑO?	_____	_____
MADRE _____ HIJA _____ HERMANA _____ OTRA PERSONA _____		

¿HA TENIDO ALGUNA VEZ CÁNCER DE CUALQUIER TIPO? _____

SI CONTESTÓ SÍ ¿QUÉ TIPO DE CÁNCER?

¿ESTA TOMANDO ALGÚN TIPO DE HORMONAS? _____

SI CONTESTÓ SÍ, ¿QUE TIPO DE HORMONAS?

¿TIENE IMPLANTES DE SEÑO? _____

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO CIRUGÍA EN LOS SENOS O UNA BIOPSIA? _____

¿EN CUÁL SEÑO? _____ FECHA APROXIMADA _____

¿ALGUNA VEZ LE HAN REALIZADO UNA ASPIRACIÓN DE QUISTE EN EL SEÑO? _____

¿EN CUÁL SEÑO? _____ FECHA _____

¿ALGUNA VEZ HA RECIBIDO RADIOTERAPIA? _____

¿SE HA REALIZADO EL MAMOGRAMA EN EL PASADO? _____

FECHA _____ LUGAR _____

¿SE HACE LOS AUTOEXAMENES DE SENOS? _____

¿HACE EJERCICIO REGULARMENTE? _____

(4 VECES O MÁS POR SEMANA POR 20 MINUTOS O MÁS)

¿FUMA CIGARILLOS? _____

¿TIENE ACTUALMENTE ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS EN LOS SENOS?

DE SER ASÍ, INDIQUE QUE SÍNTOMAS:	DERECHO	IZQUIERDO
SENSIBILIDAD	_____	_____
ARDOR	_____	_____
SECRECIÓN DEL PEZÓN	_____	_____
HENDIDURAS EN LA PIEL	_____	_____
BULTO, PROTUBERANCIA	_____	_____
PEZÓN INVERTIDO	_____	_____
OTRO	_____	_____