



BREAST CARE WORKSHEET #1

Demografías:
Apellido _____ **Nombre** _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Edad _____
Domicilio _____ **Ciudad** _____
Estado _____ **Código postal** _____ **De peso** _____ **Altura** _____
Planteadas por _____ **Etnicidad** _____

ha tenido usted alguno de los siguientes tipos de cáncer: <input type="checkbox"/> Gen del Cáncer de Pecho <input type="checkbox"/> Antecedentes de Cáncer de Pecho <input type="checkbox"/> Antecedentes de Cáncer de Ovario <input type="checkbox"/> Antecedentes de Cáncer de Endometrio <input type="checkbox"/> Historia de Lesión de Alto Riesgo <input type="checkbox"/> Antecedentes de Cáncer de Colon	Antecedentes Familiares de Cáncer de Pecho: (De Parte de su Madre o Padre?) Relativa: _____ Edad: Pre- menopáusicas: _____	
	_____	S N
	_____	S N
	_____	S N
	_____	S N
	_____	S N

Historia Ginecológica: Edad de la primera menstruación: _____ Edad de la menopausia: _____ La histerectomía a la edad de: _____ Edad ovario izquierdo eliminado: _____ Edad ovario derecho eliminado: _____ Edad de gestación complete primero: _____ Número de nacidos vivos: _____	Hormona Historia: Tomando Actualmente? Duración: Anticonceptivos orales: S N Años__ Meses__ Estrógenos: S N Años__ Meses__ Progesterona: S N Años__ Meses__ Tamoxifeno: S N Años__ Meses__ Raloxifeno: S N Años__ Meses__ Hormonas sin especificar: S N Años__ Meses__
--	---

La historia y el tratamiento quirúrgico de la pecho: (Incluir la fecha, el tipo y los resultados)

Quejas actuales y síntomas:

Primera mamografía: _____ Última menstruación: _____
 Tiempo transcurrido desde la última mamografía: _____

Los implantes mamarios:	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> De silicona	<input type="checkbox"/> Solución salina	<input type="checkbox"/> Combinación	<input type="checkbox"/> Pre-Pectorales	<input type="checkbox"/> Post-Pectorales
Fecha: _____						
	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> De silicona	<input type="checkbox"/> Solución salina	<input type="checkbox"/> Combinación	<input type="checkbox"/> Pre-Pectorales	<input type="checkbox"/> Post-Pectorales
Fecha: _____						