

Nombre y Apellido del paciente: _____

Medico: _____ Fecha: ____/____/____

Edad: _____ años Embarazos: _____ Edad 1^{er} embarazo: _____ años

Lactancia: Si ☐ No ☐ Duración: _____

Cirugía mamaria previa: Si ☐ No ☐ : Derecha ☐ Izquierda ☐

Radiación: _____

Historia Hormonal (Tipo y años): _____

Menstruación: _____ Inicio: _____ Último periodo: _____

Cirugía: _____

Rx Anteriores: _____

HISTORIA FAMILIAR DEL CANCER DE MAMA: Marque los casos Premenopáusicos y Postmenopáusicos:

Abuela ☐ Madre ☐ Hermana ☐ Tía ☐ Hija ☐

Motivo de consulta: _____

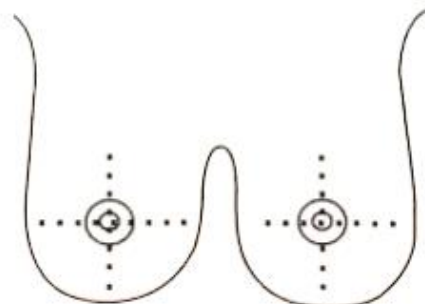
Cicatriz: _____ Pomadas: _____

Lunar: _____ Otros: _____

Calcificación: _____



DERECHA



IZQUIERDA