

Nevada Health Centers, Inc.
MAMMOVAN PROGRAM
MAMMOGRAPHY PATIENT QUESTIONNAIRE
PROGRAMA DE MAMMOVAN / MAMOGRAFÍA CUESTIONARIO DEL PACIENTE

 Legal Last Name /
 Apellido Legal: _____

 Legal First Name /
 Nombre Legal: _____

 Date of Birth /
 Fecha de nacimiento: _____

Physician/Clinic Name / <i>Nombre del médico/de la clínica:</i>	Physician/Clinic Phone Number / <i>Teléfono del médico/de la clínica:</i>	Physician/Clinic Fax Number / <i>Fax del médico/de la clínica:</i>
--	--	---

1. Is there a chance you're pregnant? <i>¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada?</i>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES / SI	<input type="checkbox"/> POSSIBLE / ES POSIBLE			
2. Have you breastfed in the past 6 months? <i>¿Ha dado de amamantar en los últimos 6 meses?</i>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES / SI				
3. Are you experiencing any new breast concerns since your last screening? <i>¿Tiene alguna preocupación nueva relacionada con los senos desde su última evaluación?</i>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES / SI	<input type="checkbox"/> DISCHARGE / SECRECION	<input type="checkbox"/> LUMPS / BULTOS	<input type="checkbox"/> PAIN / DOLOR	
Please indicate which breast – check left (L) and/or right (R): <i>Por favor indique en qué seno – indique izquierdo (I) o derecho (D)</i>	<input type="checkbox"/> L / I	<input type="checkbox"/> R / D	<input type="checkbox"/> L / I	<input type="checkbox"/> R / D	<input type="checkbox"/> L / I	<input type="checkbox"/> R / D
4. Are you premenstrual or postmenstrual? <i>¿Está en el período antes o después de la menstruación?</i>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES / SI				
5. Are you currently taking hormones? <i>¿Está usted siguiendo una terapia de reemplazo hormonal?</i>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES / SI				
If yes, what kind? <i>Si respondió que sí, ¿De qué tipo?</i>	For how long? <i>¿Por cuánto tiempo?</i>					
6. How many full term pregnancies have you had? / <i>¿Cuántos embarazos a término ha tenido en su vida?</i>						
7. Have you had a mammogram in the past? <i>¿Se ha hecho una mamografía en el pasado?</i>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES / SI				
When? / <i>¿Cuándo?</i>	Where? / <i>¿Dónde?</i>					
What were the results? <i>¿Cuáles fueron los resultados?</i>	<input type="checkbox"/> NORMAL / NORMALES	<input type="checkbox"/> ABNORMAL / ANORMALES	<input type="checkbox"/> DON'T KNOW / NO SÉ			
8. Have you had breast cancer? <i>¿Ha tenido cáncer de senos?</i>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES / SI	When? / <i>¿Cuándo?</i>			
Did you have a breast biopsy? <i>¿Se hizo una biopsia de senos?</i>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES / SI	When? / <i>¿Cuándo?</i>			
Please indicate which breast – check left (L) and/or right (R): <i>Por favor indique en qué seno – indique izquierdo (I) o derecho (D)</i>	<input type="checkbox"/> L / I <input type="checkbox"/> R / D					

MORE QUESTIONS ON REVERSE SIDE / MÁS PREGUNTAS AL REVERSO

Nevada Health Centers, Inc.
MAMMOVAN PROGRAM
MAMMOGRAPHY PATIENT QUESTIONNAIRE
PROGRAMA DE MAMMOVAN / MAMOGRAFÍA CUESTIONARIO DEL PACIENTE

9. Do you have a family history of breast cancer? <i>¿Tiene usted una antecedentes familiares de cáncer de senos?</i>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES / SI	<input type="checkbox"/> DON'T KNOW / NO SÉ
If yes, which relative(s) and what age? <i>Si respondió que sí, ¿qué familiar o familiares? ¿A qué edad se le diagnosticó?</i>			
10. Have you ever had breast surgery? / <i>¿Ha tenido usted alguna cirugía de senos?</i>	<input type="checkbox"/> NO		
If yes, please check below / <i>En caso afirmativo, marque abajo:</i>			
Mastectomy / <i>Mastectomía:</i>	<input type="checkbox"/> YES / SI	When? / <i>¿Cuándo?</i>	
Lumpectomy / <i>Lumpectomía:</i>	<input type="checkbox"/> YES / SI	When? / <i>¿Cuándo?</i>	
Implants / <i>Implantes:</i>	<input type="checkbox"/> YES / SI	When? / <i>¿Cuándo?</i>	
Reduction / <i>Reducción:</i>	<input type="checkbox"/> YES / SI	When? / <i>¿Cuándo?</i>	
11. Have you ever had any form of cancer? <i>¿Alguna vez ha tenido alguna forma de cáncer?</i>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES / SI	
If yes, where and/or what kind? <i>En caso afirmativo, ¿dónde y/o qué tipo?</i>			

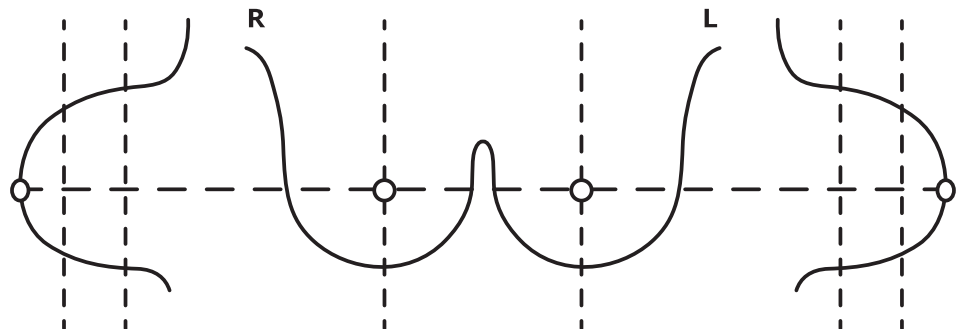
By signing, I acknowledge that I have read and understand this form. Further, I acknowledge that I am not pregnant, have not breastfed in the past 6 months, and have not had a mammogram within the past 365 days. I give permission for the Mammovan to **obtain and/or release** any records or radiology images related to screening mammography to include a referral to a specialist.

*Al firmar, acepto que he leído y entendido este formulario. Además, declaro que no estoy embarazada, no he amamantado en los últimos seis meses y no me he hecho ninguna mamografía en los últimos 365 días. Autorizo a la Mammovan a que **obtenga o revele** cualquier expediente o imagen de radiología que tenga relación con la mamografía de evaluación para incluirla en una remisión con un especialista.*

Patient Signature / *Firma de la paciente:* _____ Date / *Fecha:* _____

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE - OFFICE USE ONLY
NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA - PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

- Number of images _____
- Baseline
- Screening
- OT scanned - Proton Express
- Paperwork scanned - NextGen
- Studies pushed
- Priors studies pushed



TECHNOLOGIST SIGNATURE