

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

LABEL HERE

Legal Last Name /
Apellido Legal: _____

Legal First Name /
Nombre Legal: _____

Date of Birth /
Fecha de nacimiento: _____

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

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. Since your last mammogram, are you experiencing any of the following NEW symptoms? <i>Desde su última mamografía, ¿está experimentando alguno de los siguientes síntomas NUEVOS?</i>	DISCHARGE / SECRECION: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES / SI Which Breast / Qué seno: <input type="checkbox"/> L / I <input type="checkbox"/> R / D		
	LUMPS / BULTOS: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES / SI Which Breast / Qué seno: <input type="checkbox"/> L / I <input type="checkbox"/> R / D		
	PAIN / DOLOR: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES / SI Which Breast / Qué seno: <input type="checkbox"/> L / I <input type="checkbox"/> R / D		
4. Are you pre-, peri- or post-menopausal? <i>¿Está premenopáusica, perimenopáusica o posmenopáusica?</i>	<input type="checkbox"/> Pre-menopausal (still have both ovaries and periods are regular) <i>Premenopáusica (aún tiene ambos ovarios y los periodos son regulares)</i>		
	<input type="checkbox"/> Peri-menopausal (periods have started to become irregular) <i>Perimenopáusica (los periodos empezaron a ser irregulares)</i>		
	<input type="checkbox"/> Post-menopausal (both ovaries are removed and/or you have gone 12 full months without a period) <i>Posmenopáusica (se quitaron ambos ovarios o estuvo 12 meses completos sin periodo)</i>		
5. Are you currently taking hormones? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES / SI <i>¿Está usted siguiendo una terapia de reemplazo hormonal?</i>	If yes, what kind? (Do not include thyroid medication) <i>Si la respuesta es Sí, ¿de qué tipo?: (No incluya medicamentos para la tiroides) _____</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 ever had breast cancer? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES / SI	When? / <i>¿Cuándo?</i> _____		
<i>¿Tuvo cáncer de seno alguna vez?</i>	Did you have a breast biopsy? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES / SI		
<i>¿Se hizo una biopsia de seno?</i>	When? / <i>¿Cuándo?</i> _____ Where? / <i>¿Dónde?</i> _____		
What kind and in which breast? <i>¿De qué tipo y en qué seno?</i>	<input type="checkbox"/> Cyst Aspiration / <i>Aspiración de quiste</i> <input type="checkbox"/> L / I <input type="checkbox"/> R / D		
	<input type="checkbox"/> Surgical / <i>Quirúrgico</i> <input type="checkbox"/> L / I <input type="checkbox"/> R / D		
	<input type="checkbox"/> Needle biopsy / <i>Biopsia de aguja:</i> <input type="checkbox"/> Stereotactic / <i>Estereotáctica</i> <input type="checkbox"/> L / I <input type="checkbox"/> R / D		
	<input type="checkbox"/> Ultrasound guided / <i>Ultrasonido guiado</i>		

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? NO YES / SI DON'T KNOW / NO SÉ
¿Tiene usted una antecedentes familiares de cáncer de senos?

If yes, which relative(s) and what age? _____
Si respondió que sí, ¿qué familiar o familiares?
¿A qué edad se le diagnosticó? _____

10. Have you ever had breast surgery? / *¿Se operó los senos alguna vez?* NO YES / SI

If yes, what kind (check all that apply) / *Si contestó Sí, de qué tipo (marque todas las opciones correspondientes):*

Mastectomy / *Mastectomía:* YES / SI When? / *¿Cuándo?* _____

Lumpectomy / *Lumpectomía:* YES / SI When? / *¿Cuándo?* _____

Implants / *Implantes:* YES / SI When? / *¿Cuándo?* _____

Reduction / *Reducción:* YES / SI When? / *¿Cuándo?* _____

Breast lift / *Levantamiento de senos:* YES / SI When? / *¿Cuándo?* _____

Fat replacement / *Reemplazo de grasa:* YES / SI When? / *¿Cuándo?* _____

11. Have you ever had any form of cancer? NO YES / SI
¿Alguna vez ha tenido alguna forma de cáncer?

If yes, **what kind?** _____ **Where?** _____
Si contestó Sí, ¿de qué tipo? _____ ¿Dónde? _____

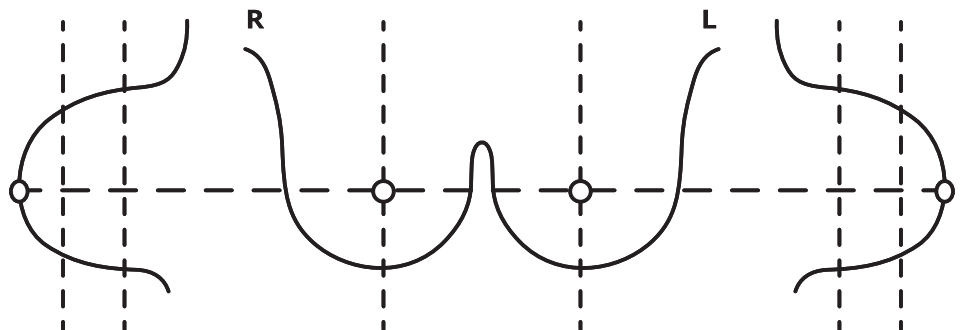
By signing, I acknowledge that I have read and understand this form. Further, I acknowledge that I am not pregnant, have not breastfed in the past 6 months, and have not had a mammogram within the past 365 days. I give permission for the Mammovan to **obtain and/or release** any records or radiology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