

MAMMOVAN PROGRAM
MAMMOGRAPHY PATIENT QUESTIONNAIRE
PROGRAMA DE MAMMOVAN / MAMOGRAFÍA CUESTIONARIO DEL PACIENTE

Patient's full legal name / Nombre legal completo del paciente: _____

Date / Fecha: _____ Age / Edad: _____ Date of birth / Fecha de nacimiento: _____

Phone / Teléfono: _____ Alternate phone / Teléfono alternativo: _____

Primary Care Provider name / Nombre de proveedor de atención primaria: _____

PCP phone / Teléfono de PCP: _____ PCP fax / Fax de PCP: _____

Height and weight / Altura y peso:

Your weight / Su peso: _____ lbs Your Height / Su altura: _____ ft / pies _____ inches / pulgadas

Exam history / Historial de exámenes:

When was your last mammogram? / ¿Cuándo fue su última mamografía? Year / Año: _____ Month / Mes: _____

Where was your last mammogram? / ¿Dónde se hizo su última mamografía? _____

Pregnant? / ¿Está embarazada? ☐ No ☐ Yes / Sí

Full-term pregnancies / Embarazos a término completo: _____

Date of last menstrual period? / ¿Fecha de su último período menstrual? _____

Age of your first menstrual period? / ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual? _____

Are you pre-, peri- or post-menopausal? / ¿Está pre-menopáusica, peri- o postmenopáusica? _____

Have you ever had breast cancer? / ¿Alguna vez ha tenido cáncer de seno? ☐ No ☐ Yes / Sí

Year diagnosed / Año diagnosticado: _____

Personal history of breast cancer (Check all that apply to each breast and list approximate year) /

Antecedentes personales del cáncer de seno (Revise todo lo que se aplique a cada seno e indique el año aproximado)

RIGHT BREAST / SENO DERECHA	LEFT BREAST / SENO IZQUIERDO
☐ Breast reduction / Reducción de seno Year/Año: _____	☐ Breast reduction / Reducción de seno Year/Año: _____
☐ Breast lift / Levantamiento de seno Year/Año: _____	☐ Breast lift / Levantamiento de seno Year/Año: _____
☐ Implants / Implantes Year/Año: _____	☐ Implants / Implantes Year/Año: _____
☐ Mastectomy / Mastectomía Year/Año: _____	☐ Mastectomy / Mastectomía Year/Año: _____
☐ Lumpectomy / Lumpectomía Year/Año: _____	☐ Lumpectomy / Lumpectomía Year/Año: _____
☐ Chemotherapy / Quimioterapia Year/Año: _____	☐ Chemotherapy / Quimioterapia Year/Año: _____
☐ Radiation / Radioterapia Year/Año: _____	☐ Radiation / Radioterapia Year/Año: _____
☐ Biopsy / Biopsia Year/Año: _____	☐ Biopsy / Biopsia Year/Año: _____

BRCA gene: Do you have a mutation in either the BRCA1 or BRCA2 gene? /
Gen BRCA: ¿Tiene una mutación en el gen BRCA1 o BRCA2?
☐ Unknown / Desconocido ☐ Tested, normal / Examinada, normal ☐ BRCA1+ ☐ BRCA2+

MAMMOVAN PROGRAM

MAMMOGRAPHY PATIENT QUESTIONNAIRE

PROGRAMA DE MAMMOVAN / MAMOGRAFÍA CUESTIONARIO DEL PACIENTE

Ovarian cancer: Have you had OVARIAN cancer? / Cáncer de ovario: ¿Ha tenido cáncer de OVARIO?

☐ No ☐ Yes / Sí Age at diagnosis / Edad al momento del diagnóstico: _____

Other cancer: Have you had other types of cancer? / Otro cáncer: ¿Ha tenido otros tipos de cáncer?

☐ No ☐ Yes / Sí Other cancer type and location / Tipo y ubicación del otro cáncer: _____

Hormone Replacement Therapy (HRT) usage? / ¿Usa terapia de reemplazo hormonal (TRH)?

☐ Never / Nunca ☐ Stopped more than 5 years ago / La dejé hace más de 5 años

☐ Stopped less than 5 years ago / La dejé hace menos de 5 años ☐ Current user / La uso actualmente

Do you have Ashkenazi Jewish ancestry/inheritance? / ¿Tiene ascendencia judía asquenazí? ☐ No ☐ Yes / Sí

Please list any family members, and age of diagnosis, who have been diagnosed with BREAST or OVARIAN cancer, or been tested for BRCA gene mutation / Por favor, anote a los familiares que hayan sido diagnosticados con cáncer de SENO o de OVARIO, con la edad al momento del diagnóstico, o que se hayan hecho la prueba de mutación del gen BRCA:

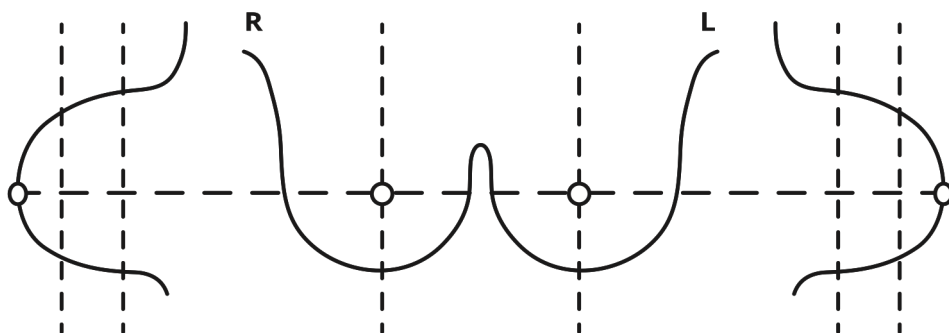
I have been instructed regarding the importance of breast self-examination, yearly clinical examination by a physician and routine screening mammography. / He recibido información sobre la importancia del autoexamen de los senos, el examen clínico anual por un médico y la mamografía de detección de rutina.

Patient Signature / Firma del 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 _____



TECHNOLOGIST SIGNATURE