

Mount Sinai MEDICAL CENTER

Comprehensive Cancer Center
Miami Beach, Florida
Lila & Harold Menowitz
Comprehensive Breast
Center

HISTORIA MEDICA

HISTORIA MEDICA

Informacion del Paciente:

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Raza	Numero de Historia Clinica
Dirección	Cuidad	Estado	Zip	Telefono #: Hogar: (____) _____	Trabajo: (____) _____
Chequear lo que aplique: <input type="checkbox"/> Habla Ingles <input type="checkbox"/> Habla Espanol <input type="checkbox"/> Referido por si mismo <input type="checkbox"/> Hombre				Cell: (____) _____	
Referido por Doctor:				Si usted vive fuera del pais, necesitamos un telefono local para comunicamos: (____) _____	
Apellido	Nombre				

Molestias en Los Senos/Sintomas:

<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sí _____	Masa (nueva, más grande) <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo
_____	Dolor <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo
_____	Abnormalidad de la piel <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo
_____	Secrecion del pezón <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo
Alergias: _____	<input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Sanguinolendo <input type="checkbox"/> Lechozo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarillo
	Otro: _____ <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo

Factores de Riesgo: **Chequear lo que aplique:** No tiene hijos Tuvo el primer hijo despues de los 30 años

Tiene historia personal de cancer del: **Sen** **Ovario** **Otro** _____

Algun **miembro de su familia** ha tenido cancer del seno?

<input type="checkbox"/> M adre	<input type="checkbox"/> Antes de la menopausia A que edad _____
<input type="checkbox"/> H ermana	<input type="checkbox"/> Antes de la menopausia A que edad _____
<input type="checkbox"/> H ija	<input type="checkbox"/> Antes de la menopausia A que edad _____
<input type="checkbox"/> P adre (o pariente masculino)	<input type="checkbox"/> Antes de la menopausia A que edad _____
<input type="checkbox"/> T ia <input type="checkbox"/> A buela <input type="checkbox"/> P rima	<input type="checkbox"/> Antes de la menopausia A que edad _____

Usted o algún familiar suyo ha tenido un resultado positivo de la prueba BRCA 1 o BRCA 2? No Sí

Historia Ginecologica:

Está Usted embarazada? Sí No

Fecha de la ultima menstruación: _____

Edad de la primera menstruación: _____

Edad cuando comenzo la menopausia: _____

Edad cuando tuvo hysterectomia: _____

Edad cuando removieron los ovarios: _____

Cirugia De Seno/Tratamiento: Por favor describa cada intervención.

Procedimiento	Fecha	Tipo de Biopsia/Cirugia	Lado	Diagnostico
Biopsia/Cirugia			D I	
Biopsia/Cirugia			D I	
Biopsia/Cirugia			D I	

Chequear lo que aplique: Implante(s) de seno (solución salina o silicona) / Reducción de seno / Previa Quimoterapia / Radiación Previa

Historia Hormonal: Si toma hormonas, indique el tipo y duración de uso (años).

# Años de uso	Anticonceptivos Orales		Estrogeno		Progesterona		Tamoxifeno	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Lo esta tomando actualmente?								
Es este su primer mamograma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Su último mamograma fue hace: _____ años _____ meses	Donde? <input type="checkbox"/> En este centro <input type="checkbox"/> En otro lugar _____							

La información dada es correcta. Yo autorizo el Mount Sinai Comprehensive Breast Center que obtenga mis mamogramas para comparar. Porque la mamografía no detecta todo tipo de cancer del seno, yo entiendo que haciendo mis propios exámenes del seno y ser examinado/a por un medico, tambien es necesario.

Firma del Paciente: _____

Firma de la persona que asistio al paciente con este formulario _____ Nombre completo _____ Iniciales del paciente _____