Document Type: Forms/Other
Subject: Breast Center - Personal History

Breast Care Center

Formulario de antecedentes personales de

Breast Care Center Personal History Form

☐ Methodist Hospital ☐ Methodist Jennie Edmundson Hospital

ANTECEDENTES PERSONALES

Edad de la primera menstruación: _____ Fecha de la última menstruación: _____

Períodos regulares: ☐ Sí ☐ No _____

Edad de la menopausia: _____ ☐ Natural ☐ Quirúrgica Histerectomía/Ooforectomía

¿Alguna vez ha tomado pastillas anticonceptivas? ☐ Sí ☐ No Tipo: _____ Cantidad de años: ___

¿Se ha sometido a tratamientos con progesterona o estrógeno, tratamientos de fertilidad u otro tipo de terapias hormonales?
☐ Sí, actualmente ☐ Sí, en el pasado ☐ No, nunca

Talla de sostén actual: _____ En caso afirmativo, indique el tipo: _____ Cantidad de años: ___

¿Se hizo un aumento de senos? ☐ Sí ☐ No ¿Cuándo? _____

¿Se hizo una reducción de senos? ☐ Sí ☐ No ¿Cuándo? _____

Edad al momento de su primer parto con nacimiento vivo: _____ Cantidad de: Embarazos _____
Embarazos a término _____ Abortos espontáneos _____

¿Amamantó? ☐ Sí ☐ No ¿Durante cuánto tiempo?_____

Mamografía previa: ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuándo se la hizo? _____ ¿Dónde? _____

Procedimientos anteriores en los senos: _____
(tumorectomía, mastectomía, implantes)

Fecha: _____ ☐ D ☐ I ☐ B Lugar: _____

¿Tiene antecedentes personales de cáncer de seno? ☐ Sí ☐ No Edad al momento del diagnóstico: _____

Año del diagnóstico: _____

Tratamientos: _____

Cirugía: ☐ Mastectomía ☐ Tumorectomía ☐ Seno: ☐ D ☐ I ☐ Bilateral

☐ Reconstrucción: ☐ Sí ☐ No Tipo: _____

Médico: _____ Fecha: _____

¿Tiene antecedentes personales de cáncer de ovarios? ☐ Sí ☐ No Edad al momento del diagnóstico: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER M = Materno P = Paterno

Cáncer de seno y edad al momento del diagnóstico: Madre _____ Hermana _____
Tía _____ Abuela _____ Prima _____ Otro _____

Otros antecedentes familiares de cáncer: _____

_____

ANTECEDENTES SOCIALES

☐ Casada ☐ Soltera ☐ Divorciada ☐ Viuda Raza: _____

Hijos: ☐ Sí ☐ No ¿Cuántos?_____

Ocupación: _____ ¿Trabaja o está jubilada? _____

¿Consume alcohol? ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto? _____ (incluye cerveza y vino)

¿Consume tabaco? ☐ Sí ☐ No Tipo: _____ (incluye el vapeo)

¿Consume cafeína? ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto? _____ (café, té, gaseosas de cola, chocolate, medicamentos)

¿Consume drogas? ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto?_____ (marihuana, LSD, anfetaminas, heroína, otras)

¿Tiene inquietudes financieras relacionadas con la atención para la salud de los senos? ☐ Sí ☐ No

Patient Label

NAME:_____DOB:_____

FIN:_____MRN:_____

PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD