

CONNECTICUT VALLEY RADIOLOGY, PC

GERARD C. BUFFO, M.D., F.A.C.R.

BRADLEY H. STAEHLE, M.D.

LORI B. GOMEZ, D.O.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Doctor de Referencia: _____

1. A tenido una mamografia? Si No A Donde y Cuando? _____

2. Esta mamografia es rutina? Si No Razon por este examen? _____

3. A havido algun historial de cancer del seno un su familia? Si No

A QUIEN A AFECTADO Y A QUE EDAD ?

USTED _____ MADRE _____ HERMANA _____ HIJA _____ OTRA

4. A tenido hijos(as)? Si No A que edad nacio su primer hijo(a)? _____

5. Esta usando o a usado hormonas? (Estrogen, Premarin, Provera, Tamoxifen) Si No

Que Tipo? _____ Por Cuanto Tiempo? _____ Continua Usando? _____

6. A lactado en los pasados 3 meses? Si No

7. A tenido un cambio de peso de mas de 10 libras en el pasado año? Si No **Aumentado o Perdido**

8. A sufrido trauma a sus senos que a causado marcas o moretones? Si No

9. Implantes de Senos? Si No

****NO puede tener desodorante o talco en sus senos o axila al momento del examen. Si tiene desodorante o talco, por favor de lavarse el area antes de comenzar el examen. Pida asistencia si la necesita****

FOR THE TECHNOLOGIST TO COMPLETE

Pregnant? Y N

Check: Breast Surface (Including Medial, Inferior)

Nipples: Inverted? Y N

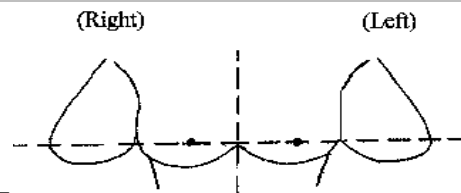
Discharge? Y N How long? _____

Breast Size Discrepancy? Y N

Last Clinical Breast Exam? _____

History of prior breast surgery or aspiration, _____

Technologist Signature _____



● MOLE
× LUMP
SCAR

△ FOCAL
◇ PAIN