

ELMHURST HOSPITAL CENTER

CLINICAL HISTORY FORM FOR MAMMOGRAPHY

HISTORIA CLINICA PARA MAMMOGRAFIA

NAME/ NOMBRE	BIRTH DATE/ FECHA DE NACIMIENTO	AGE/ EDAD
Address/ Dirección		
Telephone Number (Home)/ Número de Teléfono (Casa)	Telephone Number (Work)/ Número de Teléfono (Trabajo)	
Doctor's Name/ Nombre del Doctor	Telephone Number/ Número de Teléfono	
Address/ Dirección		

Please indicate the reason you having this exam:
Por favor indique la razón para este examen:

<input type="checkbox"/> Baseline examination/ Primer examen <input type="checkbox"/> Annual screening examination/Examen de escrutineo anual <input type="checkbox"/> Pain. If Yes, <input type="checkbox"/> Focal, <input type="checkbox"/> Diffuse, for how long _____ <input type="checkbox"/> Dolor. Si es Sí, <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Difuso, por cuanto tiempo _____ <input type="checkbox"/> Lump. For how long _____ Describe _____ <input type="checkbox"/> Protuberancia. Por cuanto tiempo _____ Describa _____ <input type="checkbox"/> Discharge from nipple? (Color _____) For how long? _____ <input type="checkbox"/> Drenaje de los pesones? (Color _____) Por cuánto tiempo? _____ <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____	}	Indicate location by placing an X in the appropriate location on the drawing. Indique el lugar colocando una X en el lugar apropiado en el dibujo.
--	---	---

RIGHT BREAST

LEFT BREAST

Has anyone in you family had breast cancer? Yes No
Alguien en su familia tiene cancer al seno? Sí No

If Yes, indicate their relationship and their approximate age at the time of diagnosis.
 Example: My mother, at age 45, and my father's sister, at age 60.

Si es Sí, indique la relación y la edad aproximada del diagnóstico.
 Ejemplo: Mi mamá a la edad de 45 y la hermana de mi papá a la edad de 60.

Please provide some information about your OB/GYN history
Por favor provea información relacionada con su historia ginecológica.

Age at start of menstruation: _____ Date of the last menstrual period: _____ Are you pregnant? Yes No
 Edad en que comenzó la menstruación: _____ Fecha del último periodo menstrual _____ Está embarazada? Sí No

Have you had a hysterectomy? Yes No If yes, reason for surgery: _____
 Ha tenido usted histerectomía? Sí No Si es Sí, razón para la cirugía: _____

Are you on hormone replacement therapy? Yes No If yes, which hormone(s) are you taking: _____
 For how long? _____
 Está usted en terapia de reemplazo hormonal? Sí No Si es Sí, cual hormona(s) esta tomando: _____
 Por cuánto tiempo? _____

Have you lost weight since your last mammogram? Yes No If yes, approximately how many pound: _____
 Ha perdido peso desde su último mamograma? Sí No Si es Sí, aproximadamente cuántas libras: _____

ELMHURST HOSPITAL CENTER

CLINICAL HISTORY FORM FOR MAMMOGRAPHY

HISTORIA CLINICA PARA MAMMOGRAFIA

Have you had previous surgery, needle biopsies, or a cyst aspirations on your breast? Yes No

Ha tenido alguna cirugía previa, Biopsia o aspiraciones de ciste en sus senos? Sí No

If yes, please give information about each procedure:

Si es Sí, por favor de la información de cada procedimiento:

Which breast? _____ Date? _____ Reason/ result? _____

Cuál seno? _____ Fecha _____ Razón/resultado _____

Have you had any previous mammograms? Yes No

Ha tenido algún previo mamograma?

If yes, please indicate when and where your previous exam were performed:

Si es Sí, por favor indique cuando y donde fue hecho su examen previo:

Location? _____ Date? _____

Lugar _____ Fecha _____

Were you ever told you had cancer? Yes No

Alguna vez le dijeron que tenía cancer? Sí No

If yes, which breast? _____

Si es Sí, cuál seno? _____

If yes, did you have radiation treatment? _____

Si es Sí, tuvo tratamiento de radiación? _____

If yes, did you have a mastectomy? _____

Si es Sí, tuvo una mastectomía? _____

When was the last time your doctor examined you? _____

Cuándo fue la última vez que su doctor la examinó? _____

Do you have any other medical problems? _____

Tiene otros problemas medicos? _____

TECHNOLOGIST USE

Number of Exposures: _____

Number of Exposures: _____

Technologist: _____

On the diagram, indicate the location of any : Surgical scars (with date of surgery), Skin lesions, Palpable breast masses, focal symptoms (eg. Pain). Please note any additional views taken and the reason for them.

