PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y MAMA

FORMULARIO DE EXAMEN MAMARIO - CONSULTA

NOMBRES Y APELLIDOS: .....

EDAD: ..... **FECHA DE NACIMIENTO:** ...../...../..... **C.I. N°:** .....

SEXO: **FEMENINO** ☐ **MASCULINO** ☐

NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA:.....

DOMICILIO: ..... **TELÉFONO:** ..... **TELÉFONO DE FAMILIAR:** .....

CORREO ELECTRONICO: .....

FECHA DE PRIMER REGISTRO:...../...../.....

FECHA DE ULTIMA ACTUALIZACIÓN:

SINTOMA POR EL QUE CONSULTA O LLAMA

DOLOR MAMARIO SIN TUMOR PALPABLE
TUMOR NO PALPABLE
CONTROL
SECRECIÓN POR PEZÓN
TRAUMATISMO DE MAMA
SIGNOS INFLAMATORIOS EN LA MAMA (ENROJECIMIENTO)
OTROS:

ANTECEDENTES PERSONALES

CIRUGIAS MAMARIAS: **SI** ☐ **NO** ☐ **EDAD AL MOMENTO DE LA CIRUGIA:** .....

RESULTADO: **BENIGNO** ☐ **MALIGNO** ☐

ANTECEDENTES PROPIOS DE CÁNCER DE MAMA: **SI** ☐ **NO** ☐

ANTECEDENTES FAMILIARES

CANCER DE MAMA Y/O OVARIO:
OTROS CA:

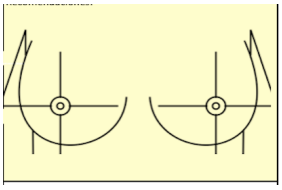
ANTECEDENTES GINÉCOLOGICOS

EDAD DE PRIMERA MENSTRUACIÓN:
CANTIDAD DE HIJOS: **A LOS CUANTOS AÑOS TUVO SU PRIMER HIJO:**
PERDIDAS DE EMBARAZO:
AMAMANTO: **SI** ☐ **NO** ☐ **CUANTO TIEMPO EN TOTAL?** (SUMAR CADA HIJO):.....
ULTIMA MENSTRUACIÓN:
MENOPAUSIA: **USO DE ACO:** **USO DE THS:**

EXAMEN FÍSICO

MAMAS:

AXILAS:



ESTUDIOS DIAGNOSTICOS:

MAMOGRAFÍA: **SI** ☐ **NO** ☐ **FECHA DE REALIZACIÓN:** ☐☐☐ **BIRADS:** ☐ **INFORME:** **SI** ☐ **NO** ☐

PUNCIÓN MAMARIA: **SI** ☐ **NO** ☐ **RESULTADO:** **FECHA:** ☐☐☐

BIOPSIA: **SI** ☐ **NO** ☐ **FECHA:** ☐☐☐

CIRUGÍA: **SI** ☐ **NO** ☐ **TIPO:** **FECHA:** ☐☐☐