

Cuestionario Confidencial

Mamas

Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____ Fecha de Hoy _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código de Area _____
Número de Teléfono: Habitación _____ Celular _____ Trabajo _____
Dirección E-mail _____
Médico que Refiere _____

¿Existe una razón específica o preocupación para este examen?

Si No

1. ¿Ha tenido recientemente algunos de estos síntomas en las mamas?

(Marque solamente si es "sí")

	IZQ	DER
Dolor/Blandura	_____	_____
Bultos	_____	_____
Cambio en tamaño de la mama	_____	_____
Cambios en áreas de la piel engrosamiento u hoyuelos	_____	_____
Excreciones o cambios del pezón	_____	_____

2. ¿Están algunos de los síntomas anteriores relacionados con

sus períodos?

3. ¿Todavía tiene sus períodos? Date ___/___/___

4. ¿Le han hecho cirugía o histerectomía?

En caso afirmativo, fecha ___/___/___ Completa _____ Parcial _____

¿Razón para la histerectomía?

_____ Exceso de sangramiento _____ Endometriosis _____ Quistes Fibroides _____ Cáncer _____ Otro _____

5. Alguien en su familia ha sido alguna vez tratado por cáncer de mama?

_____ Madre _____ Abuela _____ Hermana _____ Hija

Edad en la que se le diagnosticó _____ Resultado del Tratamiento _____

6. ¿A usted se le ha diagnosticado alguna vez cáncer de mama?

Si marcó sí fecha: Mes _____ Año _____

Tipo de cáncer _____ Local _____ Metastásico _____ Involucramiento de ganglios linfáticos

Mama izquierda _____ interior _____ exterior _____ pezón

Si No

Mama derecha ___ interior ___ exterior ___ pezón
Tratamiento: ___ cirugía ___ quimioterapia ___ radiación ___ ninguno

7. ¿Alguna vez se le ha diagnosticado cualquier otra enfermedad de las mamas?
___ Quistes / fibroquística ___ Fibro Adenoma
___ Mastitis/enfermedad inflamatoria de las mamas
8. ¿Le han hecho alguna vez cirugía de mamas o le han colocado implantes?
___ fecha ___ silicona ___ salina
Experiencia: ___ Problemas? ___ Sin problemas?
9. ¿Le han hecho alguna vez biopsias o cualquier otra clase de cirugías en sus mamas?
Mama izquierda ___ interior ___ exterior ___ pezón
Mama derecha ___ interior ___ exterior ___ pezón
Resultados: ___ negativo ___ positivo ___ Las calcificaciones
10. ¿Ha tomado alguna vez píldoras anticonceptivas durante un tiempo mayor de un año?
___ actualmente ___ Menos de 5 años ___ Más de 5 años
11. ¿Ha tenido la terapia de reemplazo hormonal con fármacos
___ actualmente ___ Menos de 5 años ___ Más de 5 años
12. ¿Se hace un examen físico anual con un Médico?
13. ¿Se hace un auto examen de mamas mensualmente ?
14. ¿Ha fumado alguna vez?
15. ¿Alguna vez se le ha diagnosticado diabetes?
16. Número total de Mamogramas _____
17. Fecha del última mamografía ___/___ Se le contactó para que volviera a consulta?
18. Edad en la que se hizo su primer mamograma? _____
19. Número de embarazos que cumplieron el tiempo completo? _____
20. ¿Le han hecho ultrasonido de mamas?
Fecha: ___/___ ___ Izquierda ___ Derecha ___ Resultados: ___ Negativo ___ Positivo
21. ¿Le han hecho resonancia magnética de mama ?
Fecha: ___/___ ___ Izquierda ___ Derecha ___ Resultados: ___ Negativo ___ Positivo

¿Tiene algunas preocupaciones especiales o hay algunos detalles relacionados con la información suministrada anteriormente?

Procedimiento: se le harán imágenes utilizando una cámara infrarroja del estado del arte en un ambiente confortable y controlado. Sus reportes basales de imágenes térmicas le proveerán información solamente acerca de condiciones actuales y futuras y no algún diagnóstico de enfermedad de mamas La imagenología térmica debería ser correlacionada con otros métodos de investigación médica para dirigir mejor hacia las pruebas definitivas que lleven al diagnóstico y al tratamiento. No reemplaza ningún otro examen de mamas

Autorización del Paciente para Divulgación: Entiendo que la intención del reporte generado de mis imágenes es para el uso de un proveedor entrenado del cuidado de la salud para asistir en la evaluación y el tratamiento. Entiendo además que no es en absoluto la intención del reporte para que yo como individuo lo use para auto-evaluación y auto-diagnóstico. Entiendo que el reporte no me dirá si tengo cualquier tipo de dolencias, enfermedades u otras condiciones, sino que será un análisis de las imágenes con respecto a los hallazgos Termográficos discutidos en el reporte

Al firmar a continuación , certifico que he leído y entendido la declaración anterior y consentimiento para el examen

Firma del paciente _____ La fecha de hoy _____