

Cuestionario Confidencial

Evaluación de la Salud de la Mujer Completo

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 _____

Si No

Cabeza y Cuello

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Usted sufre de dolores de cabeza ?
Si es así, una vez al mes o menos ___ más de una vez al mes ___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene alergias conocidas ? Alimentos _____ Ambiental _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Le suena la mandíbula cuando mastica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Actualmente tiene gripe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Está recibiendo tratamiento para un trastorno de la tiroides ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Tiene dolor en el cuello ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Tiene dolor en la parte superior de la espalda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Tiene una historia conocida de enfermedad de las arterias carótidas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Tiene antecedentes familiares de derrame cerebral? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Sufre usted actualmente de problemas de sinusitis ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Tiene problemas dentales ?
Tratamientos de Conductos _____ Enfermedad de la Encía _____ Implantes _____
Extracciones no reemplazadas _____ Dentadura Postiza _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Le han hecho limpieza dental en los últimos 7 días? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Tiene alguna preocupación especial o hay cualquier detalle relacionado con la información anterior ?

Mamas

¿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? La Fecha ___/___/___

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

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

- | | Si | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 8. ¿Le han hecho alguna vez cirugía de mamas o le han colocado implantes?
_____ fecha _____ silicona _____ salina
Experiencia: _____ Problemas? _____ Sin problemas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Ha tomado alguna vez píldoras anticonceptivas durante un tiempo mayor de un año?
_____ actualmente _____ Menos de 5 años _____ Más de 5 años | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Ha tenido la terapia de reemplazo hormonal con fármacos
_____ actualmente _____ Menos de 5 años _____ Más de 5 años | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Se hace un examen físico anual con un Médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Se hace un auto examen de mamas mensualmente ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Ha fumado alguna vez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Alguna vez se le ha diagnosticado diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Número total de Mamogramas _____ | | |
| 17. Fecha del última mamografía ___/___ Se le contactó para que volviera a consulta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 | | |

Pecho, Corazón y Pulmones

	Si	No
1. ¿Le han diagnosticado:		
Enfermedad del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos en la parte superior de la columna vertebral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Sufre de dolor en la parte superior de la espalda ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Sufre de dolor en el pecho ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le han hecho cirugía de :		
Corazón ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los pulmones ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La parte media de la espalda ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene asma o dificultad para respirar ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Actualmente fuma cigarrillos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha fumado cigarrillos en los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abdomen & Parte Inferior de la Espalda

1. ¿Sufre de reflujo ácido u otros problemas digestivos ? Si No	¿Le han hecho cirugía o tiene enfermedad en:
2. ¿Sufre de dolor :	el Estómago? Si No
en el Estómago? Si No	en el Bazo (Parte Superior Derecha) ? Si No
debajo de la Mama derecha? Si No	en el Hígado (Parte Superior Derecha) Si No
debajo de la Mama izquierda? Si No	en los Riñones ? Si No
en el Abdomen? Si No	en los Intestinos ? Si No
en la Parte Baja de la Espalda ? Si No	en el Abdomen ? Si No
en la Región Pélvica? Si No	en la Parte Baja de la Espalda ? Si No
	en la Región Pélvica? Si No

¿Ha consumido alcohol en las últimas 24 horas?

Si No

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

Piernas & Pies

Marque solamente en caso de "Sí"

1. ¿Sufre de dolor en:	2. ¿Le han hecho Cirugía en:
las Piernas? IZQ DER	las Piernas? IZQ DER
el Ciático IZQ DER	el Ciático? IZQ DER
las Nalgas/Caderas? IZQ DER	las Nalgas/Caderas? IZQ DER
las Rodillas? IZQ DER	las Rodillas? IZQ DER
los Tobillos? IZQ DER	los Tobillos? IZQ DER
los Píes? IZQ DER	los Píes? IZQ DER

¿Tiene algunas preocupaciones especiales o hay cualquier tipo de detalle en relación con la información anterior?

Brazos & Manos

(Marque solamente en caso de "sí")

- | | | | | | |
|------------------------|------------|------------|------------------------------|------------|------------|
| 1. ¿Sufre de dolor en: | IZQ | DER | 2. ¿Le han hecho cirugía en: | IZQ | DER |
| Hombros? | ___ | ___ | Hombros? | ___ | ___ |
| Codos? | ___ | ___ | Codos? | ___ | ___ |
| Brazos? | ___ | ___ | Brazos? | ___ | ___ |
| Manos? | ___ | ___ | Manos? | ___ | ___ |

¿Tiene algunas preocupaciones especiales o hay cualquier tipo de detalle en relación con la información anterior?

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 _____