

Confidencial

Mama Cuestionario

Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____ La fecha de hoy _____
 Su Dirección _____ Ciudad _____ State _____ Código postal _____
 Número de teléfono inicio _____ celular _____ teléfono del trabajo _____
 Correo electrónico _____
 Refiriéndose médico _____

¿Hay una razón específica o preocupación para este examen ?

	Si	No
--	----	----

1. ¿Ha tenido alguno de estos síntomas de mama ? (comprobar si "sí") _____

	izquierda	derecha
Dolor / sensibilidad	_____	_____
Grumos	_____	_____
Cambio en el tamaño de los senos	_____	_____
Las áreas de cambios en la piel engrosamiento o formación de hoyuelos	_____	_____
Excreciones o cambios en el pezón	_____	_____

2. ¿Alguno de los síntomas anteriores ciclo relacionados ? _____

3. ¿Sigue teniendo sus períodos ? _____

4. ¿Ha tenido una histerectomía quirúrgica?
 En caso afirmativo, fecha ____/____ total _____ parcial _____
 Motivo de la histerectomía?
 sangrado excesivo ____ endometriosis ____ quistes fibroides ____ cáncer ____ otro ____

5. ¿Alguien en su familia ha recibido tratamiento para el cáncer de mama ? _____

Madre ____ Abuela ____ Hermana ____ Hija ____
 Edad diagnosticó _____ Resultado del Tratamiento _____

6. ¿Alguna vez fue diagnosticado con cáncer de mama? _____

En caso afirmativo, la fecha: mes ____ año ____
 tipo de cáncer ____ local ____ metastásico ____ compromiso de los ganglios linfáticos
 mama izquierda ____ interior ____ exterior ____ pezón
 mama derecha ____ interior ____ exterior ____ pezón
 tratamiento: ____ cirugía ____ quimioterapia ____ radiación ____ ninguno

7. ¿Se le ha diagnosticado alguna vez con cualquier otra enfermedad de pecho ? _____

Quistes / fibroquística ____ Fibro Adenoma ____ Mastitis/enfermedad de mama inflamatorio ____

8. ¿Ha tenido alguna cirugía estética de las mamas o implantes ? _____

fecha silicona salina
 experiencia: Problemas? no hay problemas?

Si No

9. ¿Alguna vez ha tenido cualquier biopsia o cualquier otro tipo de cirugías en los senos
En caso afirmativo, fecha
mama izquierda ___ interior ___ exterior ___ pezón ___ ___
mama derecho ___ interior ___ exterior ___ pezón ___ ___
resultados: ___ negativo ___ positivo ___ Las calcificaciones
10. ¿Alguna vez has tomado píldoras anticonceptivas durante más de un año?
actualmente Menos de 5 años Más de 5 años ___ ___
11. ¿Ha tenido la terapia de reemplazo hormonal farmacéutica
___ actualmente ___ Menos de 5 años ___ Más de 5 años
12. ¿Tiene un examen físico anual por un médico? ___ ___
13. ¿Realiza auto examen de los senos ? ___ ___
14. ¿Alguna vez ha fumado cigaretes ? ___ ___
15. ¿Alguna vez fue diagnosticado con diabetes? ___ ___
16. Mamografías totales _____
17. Fecha de la última mamografía ___/___ Se le ha pedido a regresar ? ___ ___
18. ¿Edad de la primera mamografía? _____
19. ¿Cuántos embarazos a término ? _____
20. ¿Ha tenido la ecografía de mama?
Fecha: ___ / ___ Izquierda ___ Derecha ___ Resultados: ___ Negative ___ Positivo
21. ¿Ha tenido resonancia magnética de mama ?
Fecha: ___ / ___ Izquierda ___ Derecha ___ Resultados: ___ Negative ___ Positivo

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

Procedimiento: serán fotografiadas con un estado de la cámara de imagen infrarroja de arte en un entorno cómodo y controladas. Sus informes de referencia de imagen térmica proporcionarán información sobre únicas condiciones actuales y futuras, y no diagnosticar enfermedades del seno . La termografía se debe correlacionar con otros métodos de investigación médica a mejor prueba definitiva directa para el diagnóstico y tratamiento. No sustituye a cualquier otro examen de mama .

Divulgación del Cliente: Entiendo que el informe generado a partir de mis imágenes es para uso por un profesional de la salud capacitado para ayudar en la evaluación y tratamiento. Entiendo , además, que el informe no está destinado a ser utilizado por mí mismo para la auto- evaluación o auto- diagnóstico. Yo entiendo que el informe no me dirá si , tengo alguna enfermedad, enfermedades u otras condiciones , pero será un análisis de las imágenes con respecto sólo a los resultados termográficos examinadas en el informe .

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

Firma del Cliente _____ La fecha de hoy _____