

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Médico Derivante: \_\_\_\_\_

Autorizo el envío **del link de acceso a mi estudio** de Diagnóstico por Imágenes a la dirección de email:

\_\_\_\_\_

Firma del paciente/padre/tutor: \_\_\_\_\_

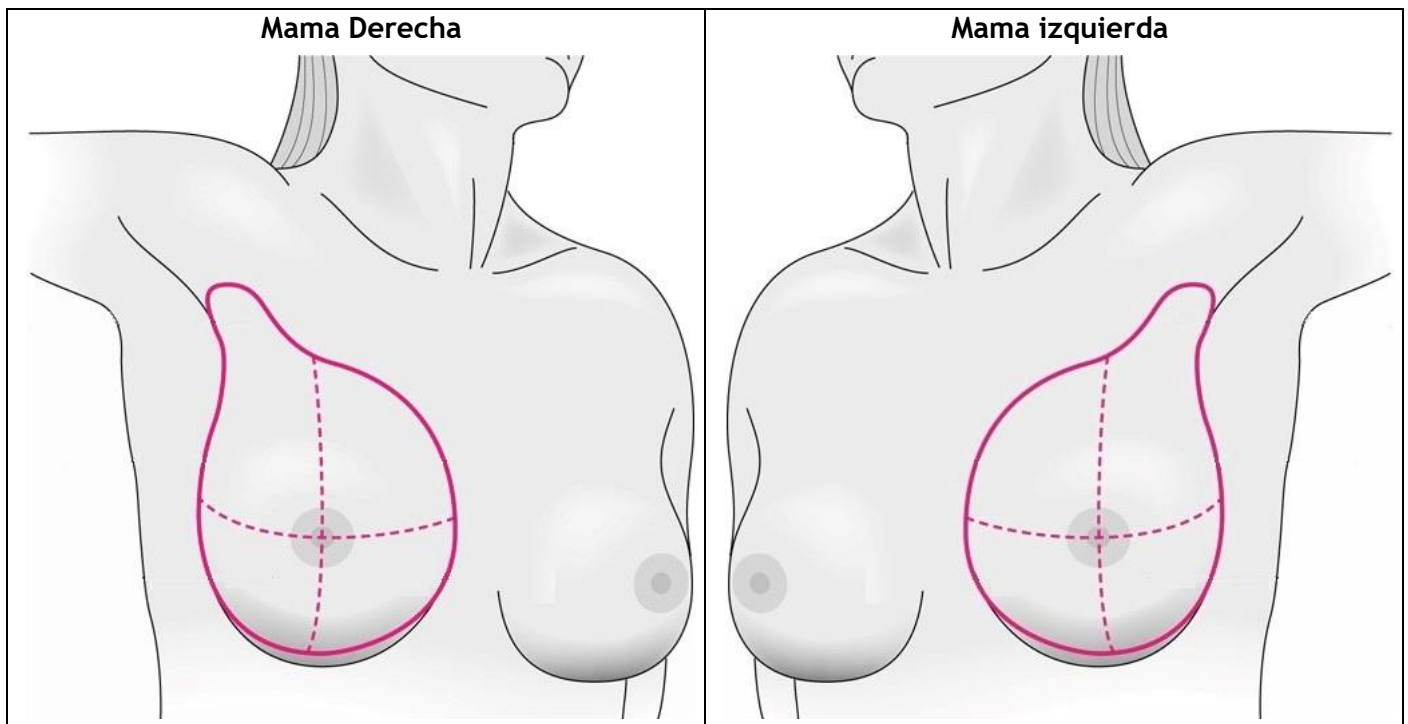
**Estimado paciente, le solicitamos que complete la siguiente planilla. La información que nos aporte es relevante para realizar su estudio e informe de calidad.**

Motivo por el que consultó a su médico y le piden el estudio:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de inicio de los síntomas: \_\_\_\_\_

**Dibuje la localización de la lesión y/o dolor en estudio en el siguiente diagrama, así también como cicatrices y lunares especificando los mismos.**



	Observaciones	Fecha
¿Tuvo Cirugía/s Mamaria previa?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/>	
Ultima Menstruación		
Número de embarazo		
Lactancia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Actualmente?:	
Posee Implantes mamarios	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Recambio de prótesis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Mastectomía	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Cuadrantectomía	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Reducción mamaria	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Punción o biopsia mamaria	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otro	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Tiene o Tuvo Cáncer de mama?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Realizó radioterapia?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Número de Ciclos?:	
¿Realizó Quimioterapia?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Número de Ciclos?:	
¿Tiene Antecedentes familiares de cáncer de mama?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parentezco:	
¿Se realizó estudios genético previo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> BRCA*: _____ *Test de marcación tumoral	
¿Toma Hormonas actualmente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____ ¿Hace cuánto tiempo?: _____	
¿Desea agregar información adicional acerca de su salud que considere relevante?		
Tiene estudios Previos realizados en la institución relacionados al área en estudio.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>IMPORTANTE: por favor, deje sus estudios previos que no hayan sido realizados en esta institución para la correcta evaluación del presente examen.</b>		