



# CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN CLÍNICA

ID .....

FECHA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

Nombre (s) ..... Apellido paterno ..... Apellido materno ..... Edad .....  
Fecha de nacimiento ..... Sexo  F  M Correo electrónico .....  
Teléfono fijo ..... Celular ..... ¿Es la primera vez que nos visitas?  SI  NO

Domicilio ..... Calle ..... No. exterior ..... No. interior .....  
Colonia ..... CP ..... Municipio ..... Estado .....

Médico de referencia ..... ¿Por qué te piden tu estudio? .....

¿Cómo te enteraste de nosotros? .....

## FACTORES DE RIESGO

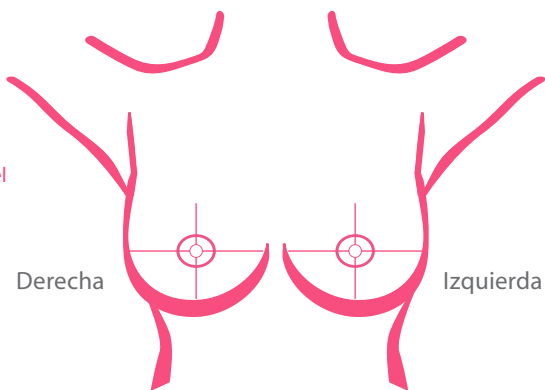
Deja en blanco las preguntas que no apliquen

¿A qué edad fue tu primera menstruación? ..... ¿A qué edad presentaste tu menopausia? ..... ¿Fecha de última menstruación? .....  
¿Has tomado hormonas?  SI  NO ¿Por cuánto tiempo? ..... ¿Por qué? .....  
¿Existe la posibilidad de que estés embarazada?  SI  NO ¿Cuántos cigarrillos fumas al día? ..... ¿Tomas bebidas alcohólicas?  SI  NO  
¿Cuántos hijos tienes? ..... ¿A qué edad tuviste tu primer hijo? ..... ¿Amamantaste a tus hijos?  SI  NO ¿Cuánto tiempo? .....  
Estudios que te has realizado:  AUTOEXPLORACIÓN  EXAMEN CLÍNICO  MASTOGRAFÍA  US MAMARIO OTRO .....  
¿Tienes algún familiar con diagnóstico de cáncer de mama?  MADRE  HERMANA  TÍA  HIJA OTRO .....  
¿Te han diagnosticado cáncer de mama?  SI  NO ¿Cuándo? ..... ¿Te han diagnosticado alguna patología mamaria benigna?  SI  NO  
¿Cuál? ..... ¿Cuándo? ..... Peso ..... Estatura .....  
¿Te han hecho algún procedimiento en tus mamas?  SI  NO ¿Cuál ..... ¿Tienes prótesis?  SI  NO  
Antecedentes de otro tipo de cáncer en tu familia  SI  NO Parentesco ..... Tipo de cáncer .....  
¿Tienes alguna enfermedad de relevancia?  SI  NO ¿Cuál? .....

## SIGNOS CLÍNICOS

Marca los signos que presentas y ubica el número en el dibujo

- 1.- Nódulo
- 2.- Secreción por el pezón
- 3.- Retracción del pezón
- 4.- Piel de naranja
- 5.- Cambios en coloración de la piel
- 6.- Asimetría
- 7.- Retracción cutánea
- 8.- Dolor
- 9.- Cicatriz quirúrgica



¿Cuándo comenzaron estos signos? .....

Describe tu padecimiento actual:

.....  
.....  
.....  
.....

NOMBRE Y FIRMA

Declaro que la información que proporcioné es veraz y que puede determinar el diagnóstico, prescripción y tratamiento. Acepto el AVISO DE PRIVACIDAD para el tratamiento de mis datos personales.

## DATOS DE FACTURACIÓN

(En caso de que requieras factura)

Razón social ..... RFC .....  
Domicilio ..... Calle ..... No. exterior ..... No. interior .....  
Colonia ..... CP ..... Municipio ..... Estado .....  
Correo electrónico para envío de sus archivos .....