



# Mammography Patient Questionnaire

ACCESSION #: \_\_\_\_\_  
STUDY: \_\_\_\_\_  
DOS: \_\_\_\_\_

PATIENT: _____	MRN: _____	DOB: _____
----------------	------------	------------

***All replies are confidential. Please answer all questions.***

**PREVIOUS MAMMOGRAMS**

Have you had a mammogram in the last 10 years? Yes  No  If yes, indicate date(s), and the name of the facilities.

DATE	FACILITY	DATE	FACILITY	DATE	FACILITY
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Last breast exam by a physician or physician's assistant was:

**PERSONAL/FAMILY HISTORY**

Have you had breast cancer? Yes  No

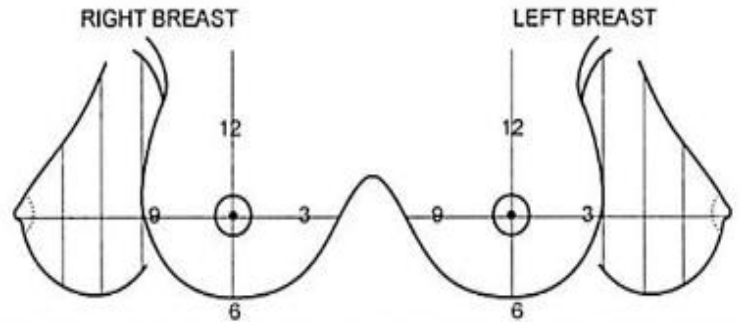
If yes, indicate which breast on the diagram below.

Have you had previous breast surgeries, open biopsy, needle biopsy, needle aspiration, or breast reduction?

Yes  No

If yes, indicate which breast, approximate dates and, if biopsy, diagnosis

PROCEDURE/TREATMENT	DIAGNOSIS	DATES
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



Have you had any other type of cancer? Yes  No  If yes, please indicate type and year.

Any family history of breast cancer? Yes  No  If yes, indicate each relative, their age, and whether it was before menopause.

**BREAST PROBLEMS**

Please indicate if you are experiencing any of the following problems with your breast.

LUMP / MASS		PAIN		NIPPLE ABNORMALITY		BLOODY DISCHARGE		NON-BLOODY DISCHARGE	
LEFT	RIGHT	LEFT	RIGHT	LEFT	RIGHT	LEFT	RIGHT	LEFT	RIGHT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**BREAST IMPLANTS**

Do you have breast implants now or have you ever had implants in the past? Yes  No

If yes, when?

**BIRTH CONTROL**

Have you ever used birth control? Yes  No  If yes to either question, type of, age at first use & number of months used:

Hormone replacement therapy use? Yes  No

**PREGNANCY**

Are you pregnant at this time or is there any chance you could be pregnant? Yes  No  Number of weeks pregnant \_\_\_\_\_

Have you ever been pregnant? Yes  No  Age at first delivery \_\_\_\_\_ Number of deliveries \_\_\_\_\_

**MEDICAL HISTORY**

Age at first period \_\_\_\_\_ Date of last period \_\_\_\_\_ Age at menopause \_\_\_\_\_

COMMENTS FOR INTERNAL USE: PRIORS REQUESTED YES  NO

PATIENT SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

TECH OR HOSTESS INITIALS: \_\_\_\_\_

PACIENTE:	MRN:	FECHA DE NACIMIENTO:
-----------	------	----------------------

**Todas las respuestas son confidenciales. Marque "Si" o "No" y responda todas las preguntas.**

**MAMOGRAFÍAS ANTERIORES**

¿Se a realizado una Mamografía en los ultimos 10 años? Sí  No  En caso afirmativo, indique cuándo y el nombre de la instalación.

FECHA	INSTALACIÓN	FECHA	INSTALACIÓN	FECHA	INSTALACIÓN
-------	-------------	-------	-------------	-------	-------------

El último examen de mama administrado por un médico o un asistente médico fue:

**HISTORIAL PERSONAL/FAMILIAR**

¿Ha tenido cáncer de mama? Sí  No

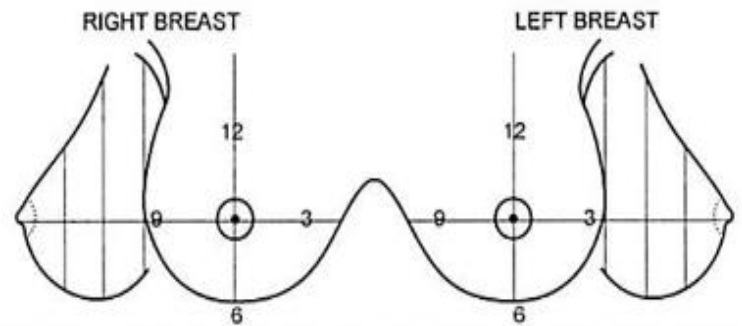
En caso afirmativo, indique qué mama en el diagrama.

¿Ha tenido cirugías mamarias previas, biopsia abierta, biopsia con aguja, aspiración con aguja o reducción de senos?

Sí  No

En caso afirmativo, indique cual seno, año y diagnostico

PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO	DIAGNOSTICO	FECHA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



¿Ha tenido otro tipo de cáncer? Sí  No

En caso afirmativo, por favor indique el tipo y el año.

¿Algún antecedente familiar de cáncer de mama? Sí  No

En caso afirmativo, indique cada pariente, su edad y si fue antes de la menopausia.

**PROBLEMAS DE SENO**

Indique si tiene alguno de los siguientes problemas con sus senos:

**NODULO / MASA**  
IZQ  DER

**DOLOR**  
IZQ  DER

**ANOMALIA EN EL PEZON**  
IZQ  DER

**DESCARGA CON SANGRE**  
IZQ  DER

**DESCARGA SIN SANGRE**  
IZQ  DER

**IMPLANTES**

¿Tiene implantes mamarios ahora o alguna vez ha tenido implantes en el pasado? Sí  No

¿En caso afirmativo, cuándo?

**METODO ANTICONCEPTIVO**

¿Ha usado alguna vez un método anticonceptivo? Sí  No

En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas, tipo de, edad al primer uso y número de meses de uso:

¿Uso de terapia de reemplazo hormonal? Sí  No

**EL EMBARAZO**

¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de que pueda estarlo? Sí  No  Número de semanas de embarazo: \_\_\_\_\_

¿Ha estado embarazada alguna vez? Sí  No  Edad del primer embarazo \_\_\_\_\_ Número de embarazos \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO**

Edad en el primer período menstrual: \_\_\_\_\_

Fecha del último período: \_\_\_\_\_

Edad en la menopausia: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

COMENTARIOS INTERNOS:

¿PREVIOS SOLICITADOS? SI  NO

INICIALES DE TECH O HOSTESS: