

## ENCUESTA DE MAMOGRAFÍA Y ECOGRAFÍA MAMARIA IRP

**NOMBRE PACIENTE**..... **C.I.**.....  
**EDAD**.....

### ESTIMADO PACIENTE

A continuación, será sometida a un estudio mamográfico el cual en algunos casos puede ocasionar ciertas molestias por un tiempo breve, su cooperación es muy importante. Es de suma importancia que responda la siguiente encuesta. **Cualquier consulta no dude en realizarla.**

**TIPO DE EXAMEN**       **\*MAMOGRAFÍA**                       **ECOGRAFÍA MAMARIA**

1. \*¿Está usted embarazada o sospecha de estarlo?     SI     NO    Fecha última regla \_\_\_\_\_

2. ¿Es su primera mamografía?     SI     NO    Fecha ultima mamografía \_\_\_\_\_  
 Lugar donde se realizó su última .....

3. ¿Es su primera ecografía mamaria?     SI     NO  
 Lugar donde se realizó su última .....

4. ¿Trae su última mamografía?     SI     NO

5. ¿Cuál es el motivo por el que su médico tratante solicita el examen?  
 CONTROL     OTRO    ¿Cuál? .....

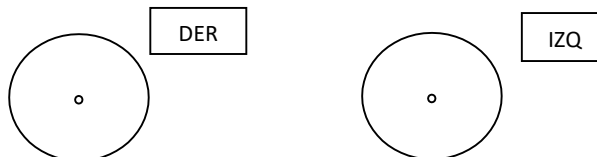
6. ¿Se ha sometido alguna operación mamaria     SI     NO    ¿Cuál? .....

7. En su familia ¿Alguien ha padecido cáncer de mamas?     SI     NO    Parentesco.....

8. ¿Recibe algún tipo de anticonceptivos o tratamiento menopausia?     SI     NO

9. ¿Se ha palpado alguna anomalía en las mamas?     SI     NO

¿En cuál?.....



\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_