

TRI-CITY RADIOLOGY
7221 W. Deschutes, Suite A
Kennewick, WA 99336
509-374-4030

NAME: _____ AGE: _____ DATE: _____
 (Nombre) (Edad) (Fecha)

1. Reason for having mammogram? _____
 (¿Razón para la mamografía?) _____

2. Is there a personal or family history of breast cancer? _____
 (¿Tiene usted o su familia un historial de cáncer del seno/pecho?) _____

If yes, who and at what age were they diagnosed? _____
 (¿Sí es así, quién y a qué edad fue diagnosticado?) _____

3. Have you had breast surgery? _____ Radiation or Chemotherapy treatments? _____
 (¿Ha tenido cirugía del seno/pecho?) (¿Tratamientos de radiación o quimioterapia?) _____

What kind? _____
 (¿Qué clase?) _____
 (Biopsy: mastectomy: lumpectomy: implants: breast reduction)
 (Biopsia: mastectomía: extirpación de bultos: implantes: reducción del seno)

4. Do you have: (Tiene usted):	Nipple discharge? (¿Secreción del pezón?)	(Right) _____ (derecho)	(Left) _____ (izquierdo)
	Pain in breast (s)? (¿Dolor del seno (s)?)	(Right) _____ (derecho)	(Left) _____ (izquierdo)
	Lump in breast (s) ? (¿Bulto en el seno (s)?)	(Right) _____ (derecho)	(Left) _____ (izquierdo)
	Nipple inversion? (¿Pezón invertido?)	(Right) _____ (derecho)	(Left) _____ (izquierdo)

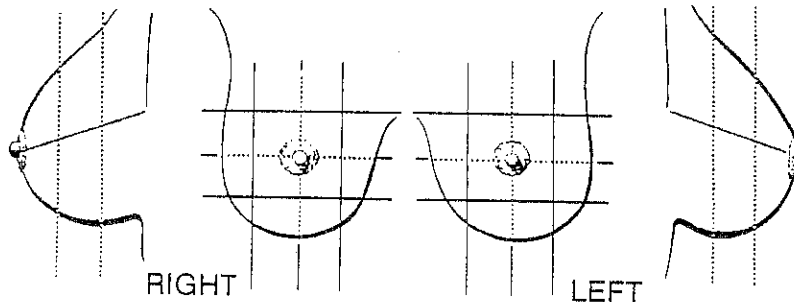
5. How many pregnancies? _____ How many Children? _____ Age at first birth? _____
 (¿Cuántos embarazos?) (¿Cuántos niños?) (¿Su edad en el primer parto?) _____

6. Have you had a hysterectomy? _____
 (¿Ha tenido una histerectomía?) _____

Do you take hormone pills or birth control pills? _____
 (¿Toma pastillas de hormonas o contraceptivas?) _____

7. Have you had a mammogram before? _____ Where? _____
 (¿Ha tenido una mamografía anteriormente?) (¿Dónde?) _____

PLEASE, record all moles, lumps or scars on your breasts.
 POR FAVOR, indique todos los lunares, crecimientos, bultos, y cicatrices en sus senos.



Mammogram Exam Performed By: _____