



Tech Initials: \_\_\_\_\_

**PATIENT INFORMATION (INFORMACIÓN DE LA PACIENTE)**

MRN #: \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_ **Date of last mammogram:** \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Fecha de Nacimiento) (Edad) (Fecha de su último mamograma)

**Reason for today's exam:**  **First mammogram ever**  **Annual mammogram**  
(Razón por su examen hoy) (Primer mamograma) (Mamograma anual)

*\*New symptoms may require Doctor's order\**  **New symptom/problem**  **6-month follow-up**  
(\*nuevos síntomas pueden requerir órdenes de un Doctor) (Nuevo síntoma/problema) (Seguimiento de 6 meses)

**\*Describe your new breast problem and how long you have had it (if applicable):** \_\_\_\_\_  
(\*Describa su nuevo problema en los senos y por cuánto tiempo lo ha tenido (si se aplica))

**MEDICAL INFORMATION AND RISK ASSESSMENT**

(INFORMACIÓN MÉDICA Y ASESORÍA DE RIESGOS)

**FAMILY HISTORY (HISTORIAL FAMILIAR)**

1. **Has anyone in your Family been diagnosed with breast cancer?**  **Yes (Sí)**  **No (No)**  
(¿Alguien en su Familia ha sido diagnosticada con cáncer del seno?)  **Mother/age** \_\_\_\_\_  **Daughter/age** \_\_\_\_\_  **Sister/age** \_\_\_\_\_  
(Madre/edad) (Hija/edad) (Hermana/edad)

✓ **If Yes, please check the relative and age at time of diagnosis:**  **Aunt/age** \_\_\_\_\_  **Maternal**  **Paternal**  
(Si Sí, por favor marque su familiar y anote su edad cuando fue diagnosticada) (Tía/edad) (Materna) (Paterna)

**Grandmother/age** \_\_\_\_\_  **Maternal**  **Paternal**  
(Abuela/edad) (Materna) (Paterna)

**PERSONAL HISTORY (HISTORIAL PERSONAL)**

1. **Race:** \_\_\_\_\_  **White**  **African American**  **Hispanic**  **Unknown**  
(Raza) (Blanca) (Afroamericana) (Hispana) (Desconocido)

**Asian-American**  **American Indian/Alaskan Native**  
(Asiático-Americana) (India Americana/Nativa de Alaska)

2. **Ethnicity (If applicable):** \_\_\_\_\_  **Chinese**  **Japanese**  **Filipino**  **Hawaiian**  
(Etnia (si se aplica)) (China) (Japonesa) (Filipina) (Hawaiana)

**Other Pacific Islander**  **Other Asian-American**  
(Otro Isleño del Pacífico) (Otro Asiático-Americana)

3. **Have you previously been diagnosed with breast cancer?**  **Yes**  **No**  
(¿Usted ha sido diagnosticada anteriormente con cáncer del seno?) (Sí) (No)

4. **Do you have a history of female cancer? (Ovarian, uterine, cervical)**  **Yes**  **No**  
(¿Usted tiene historial de cáncer femenino? (Ovárico, uterino, cervical)) (Sí) (No)

5. **Known BRCA1 or BRCA2 mutation or similar genetic syndrome?**  **Yes**  **No**  
(¿Tiene la mutación BRCA1 o BRCA2 o algún síndrome genético similar?) (Sí) (No)

6. **Do you take hormones?**  **Yes**  **No**  
(¿Toma hormonas?) (Sí) (No)

✓ **If Yes, please check the ones you are currently using:**  **Birth control**  **Estrogen**  **Progesterone**  
(Si Sí, por favor marque las que está tomando) (Anticonceptivo) (Estrógeno) (Progesterona)

**Length of time on hormones:** \_\_\_\_\_  **Months**  **Years**  **Tamoxifen**  **Evista**  **Arimidex**  
(Tiempo que lleva tomando hormonas) (Meses) (Años) (Tamoxifeno) (Evista) (Arimidex)

7. Age at <b>first</b> menstrual period? <i>(Edad cuando tuvo su <u>primer</u> periodo menstrual)</i>	<input type="checkbox"/> Age 7-11 <i>(Edad 7-11)</i>	<input type="checkbox"/> Age 12-13 <i>(Edad 12-13)</i>	<input type="checkbox"/> Age 14 or older <i>(Edad 14 o mayor)</i>
8. Date of your <b>last</b> menstrual period: _____ <i>(Fecha de su <u>último</u> periodo menstrual)</i>			
9. Are you <b>post menopausal</b> ? <i>(¿Está en la etapa <u>posmenopáusica</u>?)</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>(Sí)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(No)</i>	
10. Are you pregnant? <i>(¿Está embarazada?)</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>(Sí)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(No)</i>	
11. Age when you had your first child? <i>(¿Edad cuando tuvo su primer hijo/a?)</i>	<input type="checkbox"/> No Births <i>(Cero Partos)</i>	<input type="checkbox"/> Under 20 <i>(Menor de 20)</i>	<input type="checkbox"/> Age 20-24 <i>(Edad 20-24)</i>
	<input type="checkbox"/> Age 25-29 <i>(Edad 25-29)</i>	<input type="checkbox"/> Age 30 + <i>(Edad 30 o Mayor)</i>	<input type="checkbox"/> Unknown <i>(No sé)</i>

## BREAST PROCEDURES (PROCEDIMIENTOS DE LOS SENOS)

1. History of breast biopsy? <i>(¿Historial de biopsia de seno?)</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>(Sí)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(No)</i>	<input type="checkbox"/> Rt <i>(Der)</i>	<input type="checkbox"/> Lt <i>(Izq)</i>	Date(s): _____ <i>(Fecha/s)</i>
✓ If Yes, how many times? <i>(Si Sí, ¿cuántas veces?)</i>	<input type="checkbox"/> 1 <i>(1)</i>	<input type="checkbox"/> More than 1 <i>(Más de 1)</i>			
Did any of the biopsies show <b>atypical hyperplasia</b> ? <i>(or other high risk marker on biopsy?)</i> <i>(¿Alguna de las biopsias mostró hiperplasia atípica?)</i> <i>(¿o algún otro marcador de alto riesgo se mostró en la biopsia?)</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>(Sí)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(No)</i>			
2. History of mastectomy? <i>(¿Historial de mastectomía?)</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>(Sí)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(No)</i>	<input type="checkbox"/> Rt <i>(Der)</i>	<input type="checkbox"/> Lt <i>(Izq)</i>	<input type="checkbox"/> Bilateral <i>(Bilateral)</i> Date: _____ <i>(Fecha)</i>
3. History of lumpectomy? <i>(¿Historial de lumpectomía?)</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>(Sí)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(No)</i>	<input type="checkbox"/> Rt <i>(Der)</i>	<input type="checkbox"/> Lt <i>(Izq)</i>	<input type="checkbox"/> Bilateral <i>(Bilateral)</i> Date: _____ <i>(Fecha)</i>
4. Treatment: <i>(Tratamiento)</i>	<input type="checkbox"/> Chemotherapy <i>(Quimioterapia)</i>		<input type="checkbox"/> <b>with radiation</b> <i>(con radiación)</i>		
			<input type="checkbox"/> <b>without radiation</b> <i>(sin radiación)</i>		
5. History of breast reduction surgery? <i>(¿Historial de cirugía de reducción de senos?)</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>(Sí)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(No)</i>	Date: _____ <i>(Fecha)</i>		
6. History of breast implant surgery? <i>(¿Historial de cirugía de implantes de senos?)</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>(Sí)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(No)</i>	Date: _____ <i>(Fecha)</i>		

Patient Signature: \_\_\_\_\_  
*(Firma de la Paciente)*

Date: \_\_\_\_\_  
*(Fecha)*