



Mammography Questionnaire

Name: _____ Date: _____
 Age: _____ Phone Numbers: Home: _____ Work: _____ Cell: _____
 Referring Physician/Provider: _____ Height: _____ Weight: _____
 Facility Where Last Mammogram Was Performed: _____ When: _____

PLEASE ANSWER THE FOLLOWING "YES" OR "NO" QUESTIONS WITH A CHECK MARK

What age did your periods start: _____			Are you presently or have you taken in the past hormone replacement (HR)? If yes, when & for how long _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you still experience a menstrual cycle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OR using any type of hormone contraceptives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If "yes", what was the beginning date of your last period _____			Have you ever been diagnosed with breast cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you had a hysterectomy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Left breast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Right breast
If "yes", how old were you when it happened? _____			<input type="checkbox"/> Both breasts		
Have both of your ovaries been removed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Has anyone in your family ever been diagnosed with breast cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
What was your age when you started menopause: _____			If "yes", please indicate who and at what age they were diagnosed:		
Have you ever been pregnant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Grandmother	diagnosed at age _____	
If "yes", how many times? _____			<input type="checkbox"/> Mother	diagnosed at age _____	
Age when first child was born? _____			<input type="checkbox"/> Aunt	diagnosed at age _____	
Did you breast feed any of your children?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sister	diagnosed at age _____	
Have you breast fed in the last 6 months?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Daughter	diagnosed at age _____	
			<input type="checkbox"/> Other	diagnosed at age _____	
AT THE PRESENT TIME:	YES	NO	Has anyone in your family ever been diagnosed with ovarian cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you feel a lump in either breast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If "yes", who and at what age? _____		
If "yes", please indicate which side: _____ Right _____ Left			Have you ever had a breast ultrasound or breast MRI? If "yes", when and where? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you noticed any discharge from either of your nipples?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you or any family member been tested for the BRAC Gene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If "yes", please indicate which side: _____ Right _____ Left			If so, who and what was the outcome? _____		
Do you feel pain in either one of your breasts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have any powder or deodorant on today?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If "yes", please indicate which side: _____ Right _____ Left			Are you of Ashkenazi Jewish Descent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

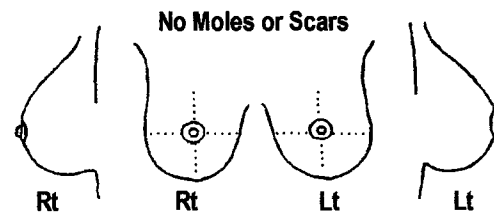
Have you had any of the following breast procedures? Check all that apply.

	Right	Left	Both		Right	Left	Both
Cyst Aspiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Surgical Biopsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Needle Biopsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mastectomy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lumpectomy (for breast cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiation Therapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other _____			
<input type="checkbox"/> I have not had any of the above procedures							
If you have had a biopsy was the outcome atypical, hyperplasia or LCIS? _____							

THIS SECTION FOR TECHNOLOGIST TO COMPLETE

Comments: _____

 Technologist _____



THE IMAGING CENTER OF LAS CRUCES RADIOLOGY



160 Roadrunner Pkwy. • Las Cruces, NM 88011
 Phone: 575-556-1800 • Toll Free: 888-522-6631
 Fax: 575-522-1178



Cuestionario sobre la Mamografía

Nombre: _____ Fecha de Hoy: _____

Edad: _____ Medico que la refirio: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Numero de telefono de casas: _____ De trabajo: _____ De Celular: _____

Mammograma anteriores? _____ En donde: _____ Fecha: _____

Favor de contestar las siguientes preguntas de "sí" o "no" con una marca:

	Sí	No		Sí	No
¿Que edad empezo usted su ciclo menstrual?	_____	_____	¿ Esta Ud. tomando hormonas actualmente? Si contesto "sí", ¿cuanado y por cuanto tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ Todavía experimenta un ciclo menstrual? Si contestó "sí", indique la prima dia ultima menstruacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ Esta Ud. usando hormonas anticonceptivos? ¿Por cuanto tiempo las ha tomado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ Ha tenido Ud. Una hysterectomia? Si contestó "sí", ¿cuántos años tenia cuando ocurrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ Hasido diagnosticado con cáncer del seno? actualmente? Si contesto "sí", diga cuándo _____Der _____Izq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Que edad empezo usted la menopausia?	_____	_____	¿ Ha sido alguien en su familia diagnosticado con cancer del seno? Si contestó "sí", favor de indicar quién y a que edad fueron diagnosticados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ Ha estado embarazada alguna vez? A. Si contestó "sí", ¿cuántos veces Embrarazador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abuela Diagnosticado a qué edad _____		
B. ¿Cuántos anos tenia cuando nacio su PRIMER hijo?	_____	_____	<input type="checkbox"/> Madre Diagnosticado a qué edad _____		
C. ¿ Les diste amamantar a algunos de sus hijos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tia Diagnosticado a qué edad _____		
D. ¿ Ha dado amamantado en los ultimos seis (6) meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hermana Diagnosticado a qué edad _____		
¿ En estos momentos, siente algun bolita en los senos? Si contestó "sí", favor de indicar el lado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hija Diagnosticado a qué edad _____		
	_____Der	_____Izq	<input type="checkbox"/> Otra Diagnosticado a qué edad _____		
¿ En estos momentos, Ha notado alguna descarga de no o el orto pezon? Si contestó "sí", favor de indicar el lado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguien de su familia a sido diagnosticada de cancer en los ovarios? Si contesto "sí", Quien y a que edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____Der	_____Izq	¿ Alguna vez ha tenido un ultrasonido o una resonancia magnetico de su seno(s)? Si contesto "sí", diga cuándo y donde ¿ Porque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ En estos momentos, siente Ud. Dolor en uno o ambos? Si contestó "sí", favor de indicar el lado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ Usted o algun miembro de la familia han tomado prueb para el gene Brac? Si es asi ¿ Quien, y cual fue el resultado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____Der	_____Izq	¿ Esta Ud. usando talco o desodorante ahora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha tenido alguna vez cirugia de los senos? Si No Marque en los que corresponda:

	Derecha	Izquierda	los Dos		Derecha	Izquierda	los Dos
Aspiracion de quiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Biopsia cirugia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biopsia con Abuja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mastectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sirugia de tumor malignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia de radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	_____	_____	_____

Si a tenido usted una biopsia cual ha sido el resultado anormal, hiperplasia o LCIS? _____

Esta sección debe ser completado por el tecnólogo

Comments: _____

Technologist _____

No Moles or Scars

