



ORLANDO HEALTH®

Mailing Address: 1414 Kuhl Ave. • Orlando, FL 32806

MAMMOGRAPHY HISTORY • HISTORIA DE MAMOGRAFÍAS

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

Name: _____ DOB: _____ Age: _____ Race: _____
(Nombre) (Fecha de Nacimiento) (Edad) (Raza)

Telephone: Home _____ Work: _____ Cell: _____
(Teléfono: Casa) (Trabajo) (Celular)

Reason for today's exam (Motivo del examen de hoy): Annual (Anual) Nipple Discharge (Secreción del pezón) Post Biopsy (Posbiopsia)
 Palpable Lump (Bulto palpable) Pain (Dolor) Skin Changes (Cambios en la piel) Other (Otro): _____

Most Recent Mammogram (Mamografía más reciente):
 No, never had one before _____ Where _____
(No, nunca se me ha hecho una) (Sí, fecha) (Dónde)

Most Recent Breast MRI (IRM de mama más reciente):
 No, never had one before _____ Where _____
(No, nunca se me ha hecho una) (Sí, fecha) (Dónde)

Currently: (Actualmente):	Yes (Si)	No (No)	Personal BREAST History (Historia personal de la MAMA):	Right (Derecha)	Left (Izquierda)	Year (Año)
Pregnant (está embarazada)			<input type="checkbox"/> None of these apply			
Breast Feeding (está dando de lactar)			Breast Implants (Implantes mamarios)			
Have Insulin Pump (tiene una bomba de insulina)			Breast Reduction / Lift (Reducción/levantamiento mamaria/o)			
Family History of BREAST Cancer (Historia familiar de cáncer de MAMA):	Yes (Si)	No (No)	Breast Cyst Aspiration (Aspiración de quiste mamario)			
			Breast Biopsy (Biopsia de mama)			
			Breast Biopsy (Biopsia de mama)			
			Lumpectomy for Breast Cancer (Lumpectomía para el cáncer de mama)			
			Mastectomy (Mastectomía)			
			Breast Reconstruction (Reconstrucción mamaria)			
			Radiation for Breast Cancer (Radiación para el cáncer de mama)			
Self (Mí mismo)			Chemotherapy for Breast Cancer (Quimioterapia para el cáncer de mama)			
Mother (Madre)						
Sister (Hermana)						
Daughter (Hija)						
Aunt (Tía)						
Grandmother (Abuela)						

Genetic Risk Factors: Do you have a close blood relative (parent, sibling, child, grandparent, aunt or uncle) with: (Factores de riesgo genético: Tiene un pariente consanguíneo (padre/madre, hermano/a, hijo/a, abuelo/a, tío/a))	Yes (Si)	No (No)
Breast or colon cancer under the age of 50 (menor de 50 años con cáncer de mama o de colon)		
Breast cancer in both breasts (con cáncer de mama en ambos senos)		
A relative with positive genetic testing (con resultado genético positivo)		
Breast cancer at any age and Ashkenazi Jewish ancestry (con cáncer de mama a cualquier edad y ascendencia judeoasquenazita)		
Ovarian cancer at any age (con cáncer de ovario a cualquier edad)		
Male breast cancer at any age (hombre con cáncer de mama a cualquier edad)		
Two or more relatives on the same side of the family with breast cancer (dos o más parientes del mismo lado de la familia con cáncer de mama)		
Personal history of thoracic irradiation age: _____ (Historia personal de irradiación torácica a la edad de)		
Personal positive genetic testing (Resultado genético positivo personal)		

Patient Signature: _____ Date: _____ Time: _____
(Firma del paciente) (Fecha) (Hora)

INTERPRETER ONLY	PATIENT ASSISTANCE PROVIDED
Interpreter Name: _____ Agency & I.D.#: _____ Team Member Name & I.D.#: _____ <input type="checkbox"/> Video Remote <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/> In person Language: _____	<input type="checkbox"/> Reader for Visually Impaired Name: _____