

SAINT CLARE'S HOSPITAL BREAST INFORMATION FORM

NAME: _____ DATE: _____ DATE OF BIRTH: _____

Weight: _____ Weight (circle) loss or gain since last visit? How many pounds? _____

Reason for Visit: Routine Lump Pain Nipple discharge Nipple Inversion

Please Specify: (circle) RIGHT or LEFT Duration of Symptom: _____

Bra and Cup Size: _____

HAVE YOU HAD A PREVIOUS MAMMOGRAM? WHEN: _____ WHERE: _____

BREAST ULTRASOUND? WHEN: _____ WHERE: _____

BREAST MRI? WHEN: _____ WHERE: _____

Please indicate whether you or your family members have had any of the cancers listed in the top row of the table by circling yes (Y) or no (N). Provide information about your biological (blood) relatives only, both living and deceased.

	Breast Cancer		Age at Diagnosis	Ovarian Cancer		Other related cancers* or additional information
	Y	N		Y	N	
Yourself (Personal History)	Y	N		Y	N	
Your Mother	Y	N		Y	N	
Your Sisters	Y	N		Y	N	
Your Daughters	Y	N		Y	N	
Your Father's Mother	Y	N		Y	N	
Your Mother's Mother	Y	N		Y	N	
Your Father's Sisters	Y	N		Y	N	
Your Mother's Sisters	Y	N		Y	N	
Any Male Relative	Y	N				Please Specify: _____

*Other related cancers include thyroid cancer, endometrial cancer, bone or soft tissue cancer, sarcoma, adrenocortical carcinoma, pancreatic cancer, brain cancer, diffuse gastric cancer, colon cancer, and early onset acute leukemia.

Are you of Ashkenazi Jewish decent? _____ Yes No

Have you or any member of your family ever been tested for hereditary risk of Breast Cancer? Yes No

What were the results? _____

Do you have any other personal history of Cancer? _____ Yes No

Are you Pregnant? _____ Yes No

Have you ever breastfed? _____ Yes No

Are you on Hormone Replacement Therapy? How long? _____ Yes No

Age at first Menstrual Period: _____ Last menstrual Period: _____ Age at Menopause: _____

Age at first Full Pregnancy: _____ Total Live Childbirths: _____

Have you had a Mastectomy Right, Left When? _____

Have you had a Lumpectomy Right, Left When? _____

Breast Biopsy: Right, Left When? _____ Results _____

Breast Implant Surgery: Right, Left When? _____ Type? _____

Breast Reduction Surgery: Right, Left When? _____

Please list any breast surgeries other than above: _____

Have you ever had chemotherapy, radiation or oral medication for any type of cancer? Yes No

If yes, explain _____

Patient Signature: _____

Technologist Signature: _____

MRN: _____

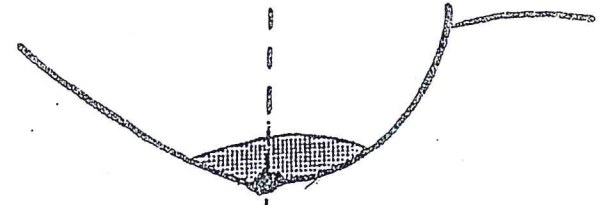
Last Name: _____

DOB: _____

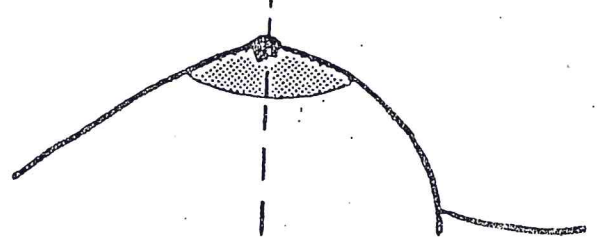
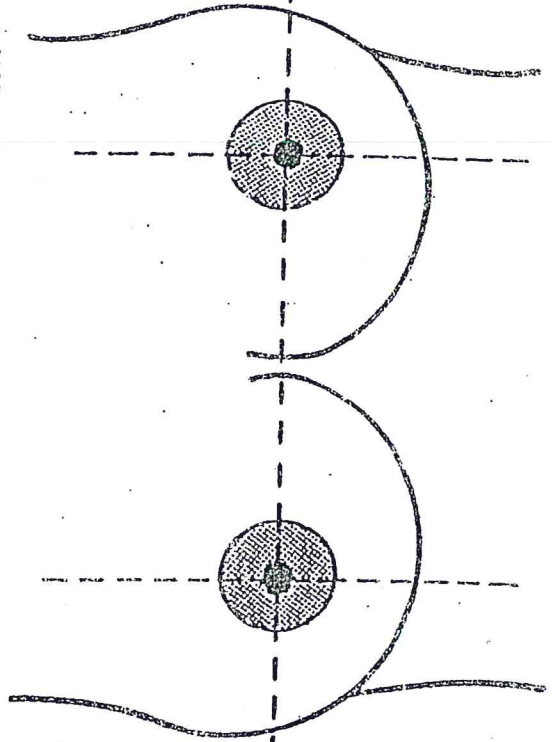
First Name: _____

YEAR	BREAST	PROCEDURE	FINDINGS	SCAR LOCATION	RADIATION	CHEMO
	RIGHT LEFT				Y N	Y N
	RIGHT LEFT				Y N	Y N
	RIGHT LEFT				Y N	Y N
	RIGHT LEFT				Y N	Y N
	RIGHT LEFT				Y N	Y N
	RIGHT LEFT				Y N	Y N
	RIGHT LEFT				Y N	Y N
	RIGHT LEFT				Y N	Y N

Right



Left



SAINT CLARE'S HOSPITAL
FORMATO DE INFORMACION SOBRE LOS SENOS

NOMBRE: _____ FECHA: _____

ESTATURA: _____ PESO: _____ Pérdida/ganancia de peso desde su última visita: _____

Razón de su Visita: Rutinaria **Tamaño del sujetador y de la taza:** _____

Quejas Masa Dolor Quemazón Sensible Descarga del pezón Pezón invertido
 Otros _____ Duración de la Queja: _____

¿SE HA HECHO UN MAMOGRAMA ANTERIORMENTE? CUANDO: _____ DONDE: _____

ULTRASONIDO DEL SENO? CUANDO: _____ DONDE: _____

MRI DEL SENO? CUANDO: _____ DONDE: _____

Historia de Cáncer del Seno: Si es por favor indicar le edad del familiar, cuando el cáncer fue diagnosticado.

_____ Propio _____ Madre _____ Hermana _____ Hija _____ Tía _____ Abuela

Historial Personal: Cáncer del Endometrio No Sí, Edad _____ Cáncer del Ovario No Sí, Edad _____

Edad de Primera Menstruación: _____ Ultimo Período: _____ Edad a la Menopausia: _____

Número de Nacimientos Vivos: _____ Edad al primer embarazo a término: _____

¿Última vez que dio de lactar? Durante los últimos seis meses Más de 6 meses Nunca

¿Ha tenido una: Histerectomía? No Sí, Edad _____

Remoción de Ovarios? No Sí, Edad _____ Derecho Izquierdo Ambos

HISTORIAL DE TOMA DE HORMONAS:

- Hormonas de Control de la Natalidad Uso actualmente Usé en el pasado Nunca usé

Edad en que comenzó: _____ ¿Tiempo de uso? _____

- Estrógeno Uso actualmente Usé en el pasado Nunca usé

Edad en que comenzó: _____ La dejó: _____ ¿Tiempo de uso? _____

- Progesterona Uso actualmente Usé en el pasado Nunca usé

Edad en que comenzó: _____ La dejó: _____ ¿Tiempo de uso? _____

- Tamoxifeno Uso actualmente Usé en el pasado Nunca usé

Edad en que comenzó: _____ ¿Tiempo de uso? _____

¿Alguna vez ha tenido cualquier tipo de cirugía en sus senos? Sí No

Biopsia del Seno: ¿Derecho, Cuándo? _____ / ¿Izquierdo, Cuándo? _____

Resultados: _____

Cirugía de **Implante** de Senos: ¿Derecho, Cuándo? _____ / ¿Izquierdo, Cuándo? _____

Tipo de implante: _____

Cirugía de **Reducción** de Senos: ¿Derecho, Cuándo? _____ / ¿Izquierdo, Cuándo? _____

Masectomía: ¿Derecho, Cuándo? _____ / ¿Izquierdo, Cuándo? _____

¿Alguna vez ha recibido quimioterapia o radiación para cualquier tipo de cáncer? No Sí, explique _____

Firma del Paciente: _____

Este documento ha sido traducido del inglés al español. Los dialectos regionales y locales pueden diferir. Si necesita ayuda para entender esta planilla, por favor comuníquese a un representante del hospital.

MRN: _____

Last Name: _____

DOB: _____

First Name: _____

YEAR	BREAST	PROCEDURE	FINDINGS	SCAR LOCATION	RADIATION	CHEMO
	RIGHT LEFT				Y N	Y N
	RIGHT LEFT				Y N	Y N
	RIGHT LEFT				Y N	Y N
	RIGHT LEFT				Y N	Y N
	RIGHT LEFT				Y N	Y N
	RIGHT LEFT				Y N	Y N
	RIGHT LEFT				Y N	Y N

