Reason for Exam? Motivo de Examen? ☐ Routine Screening/Examen de Rutina ☐ Follow-up/ Seguimiento
☐ New Problem (please describe) / Problema Nuevo (favor de explicar)

_____

_____Weight / Peso _____Height / Altura

☐ Yes ☐ No Have you had a mammogram before?/ Ha tenido una mammografia antes?
Where? / Donde?_____When? / Cuando? _____

☐ Yes ☐ No Have you had a breast ultrasound before? / Ha tenida un ultrasonido de senos?
Where? / Donde?_____When? / Cuando? _____

☐ Yes ☐ No Are you pregnant or nursing? / Esta embarazada o en lactancia materna?

☐ Yes ☐ No Have you had a child? / Ha tenido hijos?
_____Your age at your first child's birth? / Edad que tenia en el primer nacimiento de su hijo?

_____Age at your last pregnancy? / Edad que tenia en su ultimo embarazo?

_____Number of children birthed ? / Cunatos hijos a tenido?

_____How many children breastfed? / Cuantos hijoa amamanto?

☐ Yes ☐ No Are you still having menstrual periods? / Tiene periodos menstruales todavia?
_____Date of last period / Fecha de ultimo periodo

_____Age at first menstrual period / Edad cuando tuvo primer periodo

_____If you no longer have periods, what was your age when last one occurred?
Si ya no tiene periodo's, que edad tenia cuando termino?

☐ Yes ☐ No Hysterectomy / Histerectomia Year / Ano_____
Ovaries removed? / ovarios eliminados? ☐ Yes ☐ No

☐ Yes ☐ No Have you taken any hormone medications? / Ha tomado algun medicamento hormonal?
_____Last date taken / ultima fecha tomada How long? / Por cuanto tiempo?_____

What type / Cuales ☐ Estrogen / Estogenes ☐ Other / Otra
☐ Progesterone / Progesterona ☐ Birth Control Pills / Patillas Anticonceptivas

☐ Yes ☐ No Have you had any of the following benign surgeries?
Ha tenido unas de las cirugias benignas segientes?

☐ Biopsy / Biopsia ☐ RT / D ☐ Lt / I Date / Fecha _____
☐ Implants/ Implantes ☐ RT / D ☐ Lt / I Date / Fecha _____
☐ Reduction / Reduccion ☐ RT / D ☐ Lt / I Date / Fecha _____
☐ Other / Otra ☐ RT / D ☐ Lt / I Date / Fecha _____

☐ Yes ☐ No Have you ever been diagnosed or treated for breast cancer?
Le han diagnosticado o la han tratado para cancer del seno?

☐ Lumpectomy / Tumorectomia ☐ RT / D ☐ Lt / I Date / Fecha _____
☐ Mastectomy / Mastectomia ☐ RT / D ☐ Lt / I Date / Fecha _____
☐ Chemotherapy / Quimioterapia ☐ RT / D ☐ Lt / I Date / Fecha _____
☐ Radiation / Radiacion ☐ RT / D ☐ Lt / I Date / Fecha _____

☐ Yes ☐ No Do you have family history of breast cancer? / Tiene antecedentes familiares del cancer de seno?
☐ Grandmother / Abuela, age/ edad _____ ☐ Sister / Hermana age/ edad ___
☐ Daughter / Hija age/ edad _____ ☐ Mother/ Madre age/ edad _____

☐ Yes ☐ No Have you been diagnosed with any other type of cancer? / Historia de cancer en otra part? What kind?_____ Year?_____
☐ Yes ☐ No Biopsy of Hyperplasia or LCIS? / Biopsia de Hyperplasia or LCIS?
☐ Yes ☐ No Are you from Ashkenazi(Jewish) descent? / Eres de ascendencia Judia Asquenazi?
☐ Yes ☐ No BRCA1 or BRCA2 mutation? / mutacion de genes BRCA1 o BRCA2?
☐ Yes ☐ No Smoker? / Fuma? If yes, how many years? / Si es asi por cuantos anos? _____
☐ Yes ☐ No Biopsy of Atypical Hyperplasia? / Biopsia de Hyperlasia anormal?
☐ Yes ☐ No Have you taken hormones in the last 30 days? / A tomado hormonas en los ultimos 30 dias?
☐ Yes ☐ No Have you had chemotherapy? / a tendio quimoteraia?
☐ Yes ☐ No Gained 25+ pounds last year? / aumentado 25+ libras en el ultimo ano?
☐ Yes ☐ No Lost 25+ pounds last year? / perdido 25+ libras en el ultimo ano?

Patient Signature: _____ **Date:** _____