

**MAGAN MEDICAL CLINIC**  
**DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA**  
 420 W. Rowland St. Covina CA 91723  
 (626) 331-6411

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad \_\_\_ Nombre De Su Medico \_\_\_\_\_

Razon Del Examen: BULTO \_\_\_ DOLOR \_\_\_ EXAMEN ANUAL \_\_\_ CHEQUEO \_\_\_

Fecha De Su Ultimo Mamograma: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

¿Usted A Tenido?

A. Cancer en el Pecho	NO	SI	¿Cuando? ___/___/___	Derecho	Izquierdo
B. Mastectomia	NO	SI	¿Cuando? ___/___/___	Derecho	Izquierdo
C. Tumorectomia	NO	SI	¿Cuando? ___/___/___	Derecho	Izquierdo
D. Radiacion/Quimioterapia	NO	SI	¿Cuando? ___/___/___	Derecho	Izquierdo
E. Biopsia del Pecho	NO	SI	¿Cuando? ___/___/___	Derecho	Izquierdo
F. Aspiracion con Aguja	NO	SI	¿Cuando? ___/___/___	Derecho	Izquierdo
G. Goteo del Pezon	NO	SI	¿Cuando? ___/___/___	Derecho	Izquierdo
H. Trauma al Pecho	NO	SI	¿Cuando? ___/___/___	Derecho	Izquierdo
I. Implantes	NO	SI	¿Cuando? ___/___/___	Derecho	Izquierdo

¿Su mama o hermana a tenido cancer en los pechos? SI NO

¿Ha tenido hijos? SI NO

¿Era usted mayor de 27 años cuando tuvo a su primor hijo/a? SI NO

¿Le dio pecho a sus hijos? SI NO

¿Actualmente, toma usted hormonas? SI NO

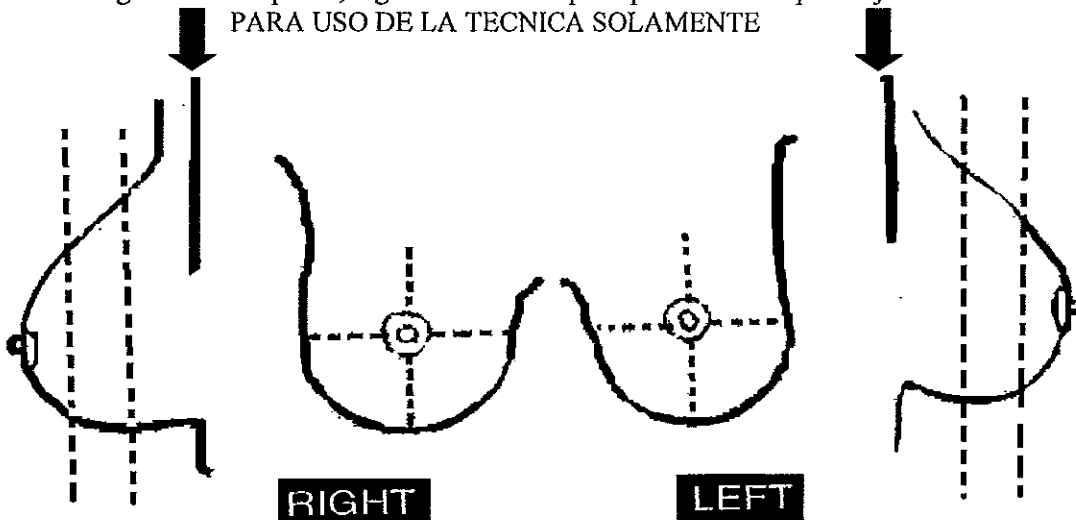
Fecha de su ultima menstruacion \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Si usted no menstrua mas, ¿A que edad tuvo la ultima menstruacion? \_\_\_\_\_

\* \_\_\_\_\_ ( Firma del Paciente)

Si tiene bultos en alguna area del pecho, digale a la tecnica para que ella lo indique abajo.

PARA USO DE LA TECNICA SOLAMENTE



Technologist: Please comment on the visual appearance of patients' nipples.

Normal \_\_\_ Abnormal \_\_\_ Explanation \_\_\_\_\_  
 X-ray Number \_\_\_\_\_ Technologist \_\_\_\_\_