

SLI BREAST HISTORY FORM

Name: _____ Date: _____ MR# _____

DOB: _____ Physician: _____

PLEASE CIRCLE

Y	N	Do you have any CURRENT breast problems or complaint? Describe: _____
Y	N	Have you had a prior mammogram? When: _____ Where: _____ If your last mammogram was NOT at Sand Lake Imaging please complete a Release form
Y	N	Have you had a breast physical examination by a healthcare professional? When: _____ Results: _____
Y	N	Any chance you may be pregnant? Date of last period/hysterectomy/menopause: _____
Y	N	Are you taking birth control, fertility drugs, hormone replacement therapy: Name: _____ How Long? _____
Y	N	Do you have a family history of breast cancer / ovarian cancer? CIRCLE THOSE THAT APPLY Mother age _____ Daughter age _____ Father/Brother age _____ Sister age _____ Grandmother age _____ Aunt age _____
Y	N	Have you had cancer? What type if known: _____ Type of treatment received: Lumpectomy Mastectomy Radiation Chemotherapy

Please list all of your surgical breast procedures:

	R / L	Approximate date:	Benign or Malignant
Cyst Aspiration	R / L		
Core Needle Biopsy	R / L		
Surgical Biopsy	R / L		
Breast Implants	R / L		
Implants replaced	R / L		
Breast Reduction	R / L		
Lumpectomy	R / L		
Mastectomy	R / L		
Reconstruction	R / L		

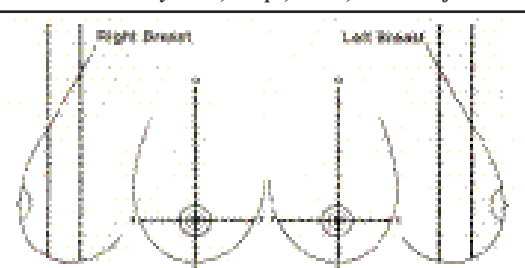
I understand that screening mammograms are for women without current breast symptoms.
I will follow up with my medical provider for my results.

Patient Signature: _____

OFFICE USE ONLY

Tech: _____ Gail Score: _____

Technologist Comments: _____

<p><i>Record below any scars, lumps, moles, or areas of concern.</i></p> 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">RT</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">LT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Moles</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Scars</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Pain</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Lump</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Skin thickening/retraction</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Nipple Discharge</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Nipple retraction/inversion</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Other:</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		RT	LT	Moles			Scars			Pain			Lump			Skin thickening/retraction			Nipple Discharge			Nipple retraction/inversion			Other:		
	RT	LT																										
Moles																												
Scars																												
Pain																												
Lump																												
Skin thickening/retraction																												
Nipple Discharge																												
Nipple retraction/inversion																												
Other:																												

SG3505 FRONT 06/09

SLI BREAST HISTORY FORM

Nombre: _____ Fecha: _____ MR# _____

Fecha de Nacimiento: _____ Médico Referido: _____

FAVOR DE CIRCULAR

S	N	¿Tiene alguna queja o problema con sus senos actualmente? Describe:
S	N	¿Ha tenido una mamografía anteriormente? Lugar: _____ Fecha: _____ Si su última mamografía NO fue en Sand Lake Imaging, favor de firmar la forma "Film Release" para obtener sus radiografías.
S	N	¿Ha tenido un exámen físico del seno administrado por algún profesional de salud? ¿Cuándo?: _____ Resultado: _____
S	N	¿Hay posibilidad de que esté embarazada? Fecha del principio de la última menstruación/histerectomía/menopausia: _____
S	N	¿Está tomando pastillas para evitar los hijos o drogas de fertilidad, o terapia de reemplazo hormonas? Nombre: _____ ¿Cuándo empezó?
S	N	Tiene algún historial de cáncer del seno / ovario en su familia? CIRCULE TODOS LOS QUE APLIQUEN Madre edad _____ Hija edad _____ Padre/Hermano edad _____ Hermana edad _____ Abuela edad _____ Tía edad _____
S	N	¿ Ha tenido cáncer? ¿De qué clase?: Tipo de tratamiento recibido: Lumpectomía Mastectomía Radiación Quimoterapia

Por favor indique todo tipo de procedimiento quirúrgico de seno que ha tenido:

		Fecha aproximada:	Benigno o Maligno
Aspiración de Quiste	R / L		
Biopsia Core Needle	R / L		
Biopsia Quirúrgica	R / L		
Implante de Seno	R / L		
Reemplazo de Implantes	R / L		
Reducción de Seno	R / L		
Lumpectomía	R / L		
Mastectomía	R / L		
Reconstrucción	R / L		

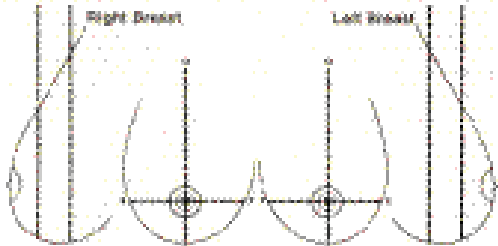
Entiendo que la mamografía preventiva es unicamente para mujeres sin síntomas recientes de seno.
Estaré bajo seguimiento con mi médico proveedor para mis resultados.

Firma del Paciente: _____

USO EXCLUSIVO DE OFICINA

Tech: _____ **Gail Score:** _____

Comentarios del Tecnólogo: _____

Indique si tienes alguna cicatriz, nudos, lunares y/o otra areas de interes:		Derecha	Izquierda
	Lunares		
	Cicatriz		
	Dolor		
	Nudo o Masa		
	Espesamiento de la piel/retracción		
	Descarga del pezón		
	Retracción/inversión del pezón		
Otro:			