**Fecha de Hoy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Información del paciente

Nombre­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección de envio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Casa□ Trabajo□ Celular□**

**Genero (Favor de circular uno): Hombre o Mujer**

**Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estado Civil: Soltero(a) □ Casado(a) □ Divorciado(a)□**

**Lenguaje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Contacto de Emergencia**

**Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Relación al Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lenguaje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información de su Empleador y Doctor Primario**

**Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de Teléfono #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre de Su Doctor Primario : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección del Doctor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Soy Ciudadano(a) de Los Estado Unidos: SI o NO**

**Soy Residente Permanente de Los Estados Unidos: SI o NO**

**Información de Salud de Paciente ¿Ha recibido la vacuna de COVID? Si□ No□ ¿Fecha y Brazo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1. Se ha hecho una mamografía antes? Si□ No□**

**Si la respuesta es si, cuando y donde?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. Tiene preocupaciones actuales sobre sus senos? Si□ No□**

**Si la respuesta es si, explique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3. Tiene implantes de seno? Si□ No□**

**4. Le han hecho cirugías o biopsias de seno en el pasado?: Si□ No□**

**Si la respuesta es si, explique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5. Ha tenido USTED cáncer de mama u otro de cáncer?: Si□ No□**

**Si la respuesta es si, cuando\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**6. Es usted descendiente ASHKENAZI Judío?: Si□ No□**

**7. Esta o pudiera estar embarazada?: Si□ No□**

**8. Le han hecho la prueba de BRCA 1 o 2 mutación a usted o a alguien de su familia?:**

**Si □ No□ Si la respuesta es si, quien\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**9. Hay alguien en su familia INMEDIATA que tenga cáncer de mama, de ovario, o de páncreas?**

**Si □ No□**

**Si la respuesta es si, quien y a que edad fueron diagnosticados \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Entiendo que mis respuestas serán vistas por el radiólogo, la tecnóloga y que mis respuestas serán vistas por un profesional genético.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**