

Breast Imaging Intake Form

Referring Physician: _____

PATIENT INFORMATION

Patient's Name	DOB	Age	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Height ____ft ____in	Weight ____ lbs
----------------	-----	-----	---	----------------------	-----------------

Address	City, State, Zip	Contact #	Email address
---------	------------------	-----------	---------------

PERSONAL HISTORY

Is this your first mammogram ever? Yes No
 If no, when and where was the previous mammogram(s) done?

Do you have breast implants? Yes No Year: _____
 If yes: Silicone Saline Combination
 Have you had a breast reduction? Yes No Year: _____
 Have you had a breast lift? Yes No Year: _____
 Have you had a needle biopsy? Yes No Year: _____
 If yes: Right Left Both
 If yes, did the biopsy show:
 Benign findings
 High-risk lesion, such as; Atypia or LCIS

Have you had an excisional biopsy? Yes No Year: _____
 Have you ever been diagnosed with breast cancer? Yes No
 Age at diagnosis _____
 Have you ever been diagnosed with ovarian cancer? Yes No
 Age at diagnosis _____

Personal history of cancer elsewhere?

Have you had a mastectomy? Right Left Both Year _____
 Have you had a lumpectomy? Right Left Both Year _____
 Have you had radiation therapy? Right Left Both Year _____
 Have you had chemotherapy? Yes No Year _____
 Age of first menstruation? _____
 First day of your last menstrual period? _____
 Postmenopausal? At what age? _____ Hysterectomy? At what age? _____
 Have you ever been pregnant? Yes No
 Age when you delivered your first child? _____
 If ever breastfed, when was the last time? _____

ETHNIC ORIGIN

White Black American Indian
 Asian Pacific Islander Caribbean Island
 Hispanic Ashkenazi Jewish Other

PRESENTING COMPLAINT

Lump you can feel Right Left How long _____
 Nipple abnormality Right Left How long _____
 Nipple discharge Right Left How long _____
 Pain Right Left How long _____
 No complaints
 If yes, to any of these, please explain:

MEDICATIONS

	How Long?
Birth control pills	_____
Hormone Replacement Therapy	_____
Tamoxifen	_____
IUD	_____

FAMILY HISTORY

BRCA gene testing done? Self Mother Sister
 Daughter Father
 Test Result:
 BRCA 1 Positive Negative
 BRCA 2 Positive Negative
 Other Positive Negative
 Family history of breast cancer? Yes No
 Who? Maternal or paternal?

 Age at diagnosis _____
 Family history of ovarian cancer? Yes No
 Who? Maternal or paternal?

 Age at diagnosis _____

PATIENT SIGNATURES

To the best of my knowledge, I **am not** currently pregnant. **Signature:** _____

Patient's signature: _____ Date: _____

Informacion Del Paciente

Doctor que la refirió: _____

INFORMACION DEL PACIENTE					
Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Altura ___ft ___in	Peso ___ lbs
Dirección	Ciudad, estado, zona postal	# contacto	Correo electrónico		

HISTORIA PERSONAL

Es esta su primera mamografía? Sí No
 Si ha tenido una mamografía anterior, cuando y donde?

Tiene implantes de seno? Sí No Año: _____
 Silicona Salina Combinación
 Ha tenido reducción de seno? Sí No Año: _____
 Ha tenido levantamiento de seno? Sí No Año: _____
 Ha tenido cirugía de seno? Sí No Año: _____
 Der Izq Ambos

Biopsia mostró:
 Benigno
 Lesion de alto riesgo, como; Atípica o LCIS

Ha tenido una biopsia excisional Si No Año: _____
 Alguna vez le han diagnosticado cancer de seno? Sí No
 A que edad? _____
 Alguna vez le han diagnosticado cancer de ovario? Sí No
 A que edad? _____

Historial personal de cancer en algun otro lado?

Ha tenido una mastectomía? Der Izq Ambos Año: _____
 Ha tenido una lumpectomía? Der Izq Ambos Año: _____
 Ha tenido radioterapia? Der Izq Ambos Año: _____
 Ha tenido quimioterapia? Si No Año: _____

Edad de la primera menstruación? _____
 Primer día de la ultima menstruación? _____
 Post menopausia? Edad? _____ Histerectomía? Edad? _____
 Alunga vez has estado embarazada? Sí No
 Edad cuando dio a luz a su primer hijo? _____
 Quando fue la ultima vez que amamantaste? _____

ORIGEN ETNICO

Blanco Negro Indio americano
 Asiático Isleño del pacifico Isleño del caribe
 Hispano Ashkenazi hebreo Otra raza

PROBLEMAS INDICADOS

Bulto que puedas sentir Der Izq Cuanto tiempo? _____
 Abnormalidad del pezón Der Izq Cuanto tiempo? _____
 Secreción del pezón Der Izq Cuanto tiempo? _____
 Dolor Der Izq Cuanto tiempo? _____
 Nada

Explique sus síntomas:

MEDICAMENTOS

	Cuanto tiempo?
Pastillas anticonceptivas	_____
Terapia de hormonas	_____
Tamoxifen	_____
Dispositivo intrauterino	_____

HISTORIA FAMILIAR

Prueba genética realizada? Yo Madre Hermana
 Hija Padre
 Resultados:
 BRCA 1: Positivo Negativo
 BRCA 2: Positivo Negativo
 Otro: Positivo Negativo

Alguna historia familiar de cáncer de mama? Sí No
 Quién? Maternal o paternal?

 Edad _____

Alguna historia familiar de cáncer de ovario? Sí No
 Quién? Maternal o paternal?

 Edad _____

FIRMAS

No estoy actualmente embarazada. Firma: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____