

Imágenes de mujer

Edad de la primera menstruación ? __ años

Ya ha realizado con anterioridad una mamografía ?

SI : mes / año NO

Tiene hijos ?

SI Cuantos ? __ Edad del primer embarazo : __ años Cantidad de embarazo (s) : __
 NO

Ha dado de mamar ?

SI Duración aproximada para cada niño : __ mes __ mes __ mes __ mes
 NO

Posibles complicaciones (absceso, mastitis...) :

Tiene la menopausia ?

SI Desde que edad ? __ años NO Fecha de la última menstruación :

Tiene algún tratamiento hormonal ?

SI Cuales : NO

Tiene alguna molestia en el pecho ?

SI Cuales : NO

Alguna vez ha tenido algún problema (operación, biopsia...) en el pecho ?

SI Cuales : NO

Historia familiar de cáncer de mama y/o ovario :

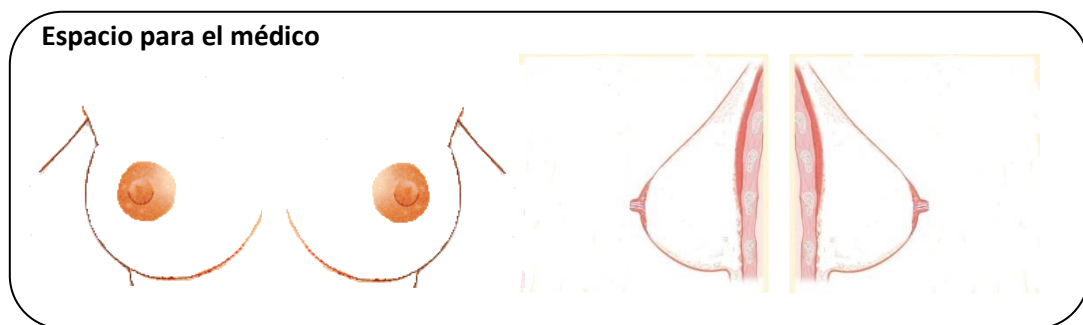
SI NO

En caso afirmativo, con quién y a qué edad : lado materno :

.....

lado paterno :

.....



Apellido : Nombre : Edad :

Los informes médicos, así como las imágenes realizadas en nuestro centro, se transmiten al médico que prescribe el examen y otros profesionales de la salud mencionados en la hoja de prescripción de su médico. Con frecuencia, médicos especialistas, hospitales, **CHUV o HUG (hospitales universitarios de Ginebra)** nos solicitan los resultados de las imágenes y los exámenes realizados en nuestros centros. Por su firma :

- Usted acepta que se les envíen los informes médicos y las imágenes cuando esté en tratamiento con ellos, respetando el principio de proporcionalidad.
- Usted acepta que el centro **Imagerie La Chaux-de-Fonds SA** pueda solicitar informes antiguos o imágenes necesarias para el diagnóstico de los exámenes realizados en nuestras instalaciones, respetando el principio de proporcionalidad.

Fecha :

Firma :