



# X-Ray and Imaging Mammography Patient Questionnaire

For all inquiries, please call 775-982-8100.

Breast Health Center	X-Ray and Imaging
50 Kirman Avenue, Suite 103	6630 S. McCarran Blvd. C-27
Reno, NV 89502	Reno, NV 89509
775-982-4088 Fax	775-982-6690 Fax

- Reason for today's mammogram? \_\_\_\_\_
- Last time your physician performed a physical breast examination? Date \_\_\_\_\_
- Date of your last mammogram? \_\_\_\_\_
- Location of your last mammogram \_\_\_\_\_  
(address & phone number if out of town) \_\_\_\_\_
- Have you ever had breast surgery? Yes or No (circle one)

	RT	LT	When?
<input type="checkbox"/> Implants			
<input type="checkbox"/> Biopsy non-cancerous			
<input type="checkbox"/> Biopsy cancerous			
<input type="checkbox"/> Mastectomy			
<input type="checkbox"/> Lumpectomy			
<input type="checkbox"/> Breast Reduction			
<input type="checkbox"/> Other			

- Any family history of cancer? Yes or No (circle one) Who? \_\_\_\_\_
- Are you currently taking hormones? Yes or No (circle one) Type? \_\_\_\_\_
- Do you examine your breasts monthly? Yes or No (circle one)
- Daytime phone number \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_
- Name of OBGYN \_\_\_\_\_
- Name of Primary Care Physician \_\_\_\_\_

Please check one:  You want both your OBGYN and Primary Care Physician to receive your report.  
 You want only your referring physician to receive your report.

Tech Notes:

I understand that approximately 10-15% of breast cancers will not be detected by mammography alone. Regular breast self-examinations and physician examinations by my personal physician are also important in the detection of breast disease.

_____ Patient's Name (please print)	_____ Date of Birth	_____ Patient's Signature	_____ Date
--	------------------------	------------------------------	---------------

**Consent for medical information and films from other facilities.**

I hereby authorize \_\_\_\_\_ to release my original mammogram films and copies of reports and all pathology records for the continuance of quality assurance to Renown X-Ray and Imaging Services.



# X-Ray and Imaging Cuestionario de Mamografía para el Paciente

1. Razón para la mamografía de hoy \_\_\_\_\_
2. ¿Cuándo fue la última vez que su médico le hizo examen del seno? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuál fue la fecha de su última mamografía? \_\_\_\_\_
4. ¿Dónde le hicieron su última mamografía (incluya dirección y teléfono si viene desde fuera de la ciudad) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Alguna vez ha tenido cirugía del seno?      \_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No
- |                            |                     |                |
|----------------------------|---------------------|----------------|
| _____ Implantes o remoción | Derecho o Izquierdo | ¿Cuándo? _____ |
| _____ Biopsia no cancerosa | Derecho o Izquierdo | ¿Cuándo? _____ |
| _____ Biopsia cancerosa    | Derecho o Izquierdo | ¿Cuándo? _____ |
| _____ Mastectomía          | Derecho o Izquierdo | ¿Cuándo? _____ |
| _____ Reducción del seno   | Derecho o Izquierdo | ¿Cuándo? _____ |

6. ¿Alguien en su familia ha padecido de cáncer del seno?      \_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No  
¿Quién? \_\_\_\_\_
7. ¿Está usted tomando hormonas actualmente?      \_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No  
¿Qué clase? \_\_\_\_\_
8. ¿Examina usted sus senos cada mes?      \_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No

9. ¿Número de teléfono durante el día \_\_\_\_\_

10. Nombre del médico que debe recibir su reporte \_\_\_\_\_

Notas del Técnico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tengo entendido que aproximadamente del 10 al 15% del cáncer del seno no puede detectarse solamente por medio de la mamografía. Para detectar la enfermedad del seno, es importante que yo haga autoexaminaciones regulares del seno y que mi médico personal lleve a cabo exámenes físicos regulares.

_____ Nombre del Paciente (con letra de molde)	_____ Fecha de Nacimiento	_____ Firma del Paciente	_____ Fecha
--	------------------------------	-----------------------------	----------------

**Autorización para conseguir información y Rayos X de otros médicos.**  
Por la presente autorizo a \_\_\_\_\_ para entregar documentos originales de mamografía y copias de informes, incluyendo expedientes de patología, para continuar con el servicio de calidad del centro Breast Health Center.