

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

**Historial de sus Senos**

**Favor contestar todas las preguntas a continuación.**

**Información del Modelo de Gail:**

¿Su edad?

Edad a la que empezó su menstruación:

Edad en que tu vo su primer parto:

Origen Étnico:

Ascendencia Askenazi?

**¿Antecedentes Familiares de Cáncer de Senos?**

Lista de parentesco y edad del diagnostico:

**Biopsias de Senos: (Numero Total )**

¿Aspiración de Quistes? **Derecho** **Izquierdo #**

¿Biopsia con Aguja Gruesa? **Derecho** **Izquierdo #**

¿Biopsia por Escisión? **Derecho** **Izquierdo #**

¿Diagnostico de Hiperplasia Atípica? **SI** **NO**

¿Diagnostico de Hiperplasia Lobular?  
En caso afirmativo, edad

**1. Cáncer de Ovario:**

¿Ha tenido cáncer de ovario? **SI** **NO**

¿Historial familiar de cáncer de ovario?

En caso afirmativo, ¿quién?

**2. Linfoma de Hodgkin:**

¿Ha tenido tratamiento de radiación en su pecho entre los 10-30 años de edad? **SI** **NO**

**3. Otra Historia Personal de Cáncer?**

¿Cuello del Útero? **SI** **NO**

¿Uterino? **SI** **NO**

¿Tiroides? **SI** **NO**

¿Otros?

**4. Prueba de BRCA:**

¿Ha sido examinado? **SI** **NO**

En caso afirmativo, ¿es positivo? **SI** **NO**

¿Familiares BRCA positivo?

**5. Hormonas:**

¿Está tomando hormonas, estrógeno o progesterona? **SI** **NO**

**6. Tamoxifen o Arimedex:**

¿Actualmente o alguna vez tomado? **SI** **NO**

**7. ¿Mamografías Anteriores?**

¿Cuando/donde? ¿Las trajo?

**8. ¿Está Embarazada? **SI** **NO****

**9. Sobrevivientes de Cáncer de Senos:**

¿Tumorectomía? ¿Mastectomía? **Izquierda** **Derecha**

¿Radiación o Quimioterapia? **SI** **NO**

**10. Otras Cirugías de Senos:**

¿Reducción? **SI** **NO** ¿Cuándo?

¿Implantes? **Silicona** **Salina**

¿Ha tenido extracción de implantes?

En caso afirmativo, ¿Cuándo?

**Indicar los problemas actuales:**

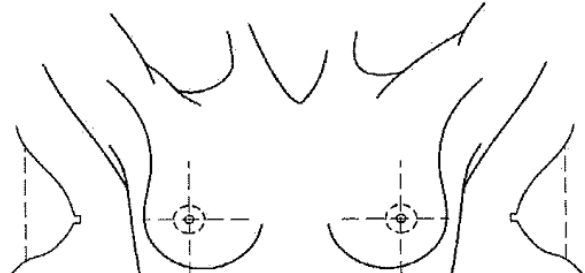
¿Bulto en el pecho? **Derecho** **Izquierdo**

¿Secreción del pezón? **Derecho** **Izquierdo**

¿Dolor? **Derecho** **Izquierdo**

¿Otras preocupaciones?

**Indicar la ubicación(es) de los problemas actuales:**



**Notas Técnicas (Para uso de la oficina):**

MODELO DE GAIL \_\_\_\_\_%

Doy Fe de que mis respuestas a las preguntas en este formulario son correctas a lo mejor de mi conocimiento. He leído y entendido el contenido completo de este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Firma (Padre, Madre o Tutor)

Fecha de la Firma: