

# Formulario del paciente

Por favor llene la información a continuación. Si tiene alguna pregunta, rogamos nos informe y con gusto le ayudaremos.

## Mi problema de salud (ponga un ✓ al lado de su respuesta)

Carcinoma ductal in situ (DCIS, por su sigla en inglés) \_\_\_\_\_ Seno derecho \_\_\_\_\_ Seno izquierdo

Cáncer de senos \_\_\_\_\_ Seno derecho \_\_\_\_\_ Seno izquierdo

¿Resultaron positivas las pruebas de estos genes? \_\_\_\_\_ BRCA 1 \_\_\_\_\_ BRCA 2

¿Qué otras pruebas resultaron positivas que debemos saberlo? \_\_\_\_\_

¿Ha sido usted tratada con quimioterapia? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No lo se

¿Ha sido usted tratada con terapia de radiación? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No lo se

¿Qué procedimientos del seno ha tenido en el pasado?

Procedimiento

¿Cuánto se hizo esto (fecha)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué procedimientos de abdomen (estómago) ha tenido en el pasado?

Procedimiento

¿Cuándo se hizo esto (fecha)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón por la que desea obtener reconstrucción de seno (reconstruir el aspecto de la forma de sus senos)?

\_\_\_\_\_ Considerando una mastectomía (cirugía para extirpar los senos)

\_\_\_\_\_ Tuve una mastectomía en el pasado

\_\_\_\_\_ Considerando una tumorectomía (cirugía para sacar una masa de tejido de su seno)

\_\_\_\_\_ Tuve una tumorectomía en el pasado

\_\_\_\_\_ Corregir una deformidad (defecto) en su seno que usted ha tenido durante mucho tiempo

\_\_\_\_\_ Problema con los implantes mamarios

¿Ha hablado con otro cirujano plástico sobre la reconstrucción de senos? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No



Carolinan HealthCare System



¿Qué desea utilizar para su reconstrucción de senos?

\_\_\_\_\_ Mi propio tejido                      \_\_\_\_\_ Implante                      \_\_\_\_\_ No estoy segura

¿Quiere que su reconstrucción de seno sea:

\_\_\_\_\_ Del mismo tamaño de lo que es ahora \_\_\_\_\_ Más grande de lo que es ahora                      \_\_\_\_\_ Más pequeña de lo que es ahora \_\_\_\_\_ No estoy segura

¿Aceptaría usted hacerse la cirugía en su otro seno para hacerlos del mismo tamaño? ¿Si el médico considera que esto es lo mejor?

\_\_\_\_\_ Sí                      \_\_\_\_\_ No                      \_\_\_\_\_ No lo se

¿Fuma?                      \_\_\_\_\_ **Sí**                      ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día? \_\_\_\_\_

¿Durante cuánto tiempo ha fumado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **No**                      ¿alguna vez fumó? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo fumó? \_\_\_\_\_

Por favor ponga su firma a continuación:

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Aprobado por Atrium Health Corporate Health Literacy, marzo 2018

Carolinas HealthCare System cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1- 800-821-1535.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1- 800-821-1535.

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1- 800-821-1535.



Carolinas HealthCare System

