

Fax: 310-496-1405

Inner Images, Inc.
2901 Wilshire Blvd., Suite 319
Santa Monica, CA 90403
www.innerimagesinc.com

Tel: 310-562-1377

Información del Paciente

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ ZIP: _____

Telefono de casa: (_____) _____ Telefono: (_____) _____

Médico de referencia: _____ Teléfono: (_____) _____

Tipo de pago (es decir, Medi-Cal/CDP/F-Pacto/Cash/seguridad): _____

ID #: _____ Fecha de caducidad: _____

Historial Medico:

edad del primer período menstrual _____ fecha del último período _____ edad cuando el período terminó _____
número de nacidos vivos _____ ¿cuántos años tenía ud cuando nació su primer hijo? _____
¿Podría usted estar embarazada? _____ ¿Ha tenido una mamografía? _____ ¿si sí, cuando? _____
¿Hay historial de cancer del seno u ovaries en su familia? _____ ¿Si la respuesta es sí, quien? _____
¿Esta relacionada a ud por Padre o Madre? _____ ¿Edad a la que fueron diagnosticados? _____
¿Tiene algun problema con sus senos... (si la respuesta es sí, explique de más)
___ Dolor? ___ Bolitas? ___ Sensitividad? ___ Desecho del peson o cambios en la piel?

Halguna vez a tenido ud...

¿Una biopsia de sus seno? _____ Derecho _____ Izquierdo Cuando: _____
¿una aspiración de quiste (drenaje)? _____ Derecho _____ Izquierdo Cuando: _____
¿mastectomía? _____ Derecho _____ Izquierdo Cuando: _____
¿tumorectomía? _____ Derecho _____ Izquierdo Cuando: _____
¿tratamiento de radiación? _____ Derecho _____ Izquierdo Cuando: _____
¿Aumento del seno (implantes)? _____ Derecho _____ Izquierdo Cuando: _____
¿reducción de mama? _____ Derecho _____ Izquierdo Cuando: _____
¿está usted tomando hormonas? _____ ¿En caso afirmativo, qué y cuánto? _____
¿está utilizando el control de la natalidad? _____
¿En caso afirmativo, qué forma (es decir, Aparato / las Pastilla / Condon)? _____

autorización

autorizo la liberacion de mis placas e informes a mi proveedor de atención médica. Autorizo a liberación de registros a _____ estoy de acuerdo en ponerme en contacto con mi proveedor médico si yo no recibo mis resultados dentro de dos semanas. Autorizo a Inner Images, Inc. para solicitar el seguimiento de los resultados de esta mamografía. Autorizo a la liberación de mamografías anteriores e informes de comparación. Yo estoy permitiendo a Inner Images, Inc. realizar una mamografía hoy. Estoy consiente que el examen no es 100% preciso y que tendre un seguimiento con mi Doctor.

Firma

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY/TECHNOLOGIST EVALUATION

Family History: ___low ___medium ___high Previous surgery: ___no ___yes Type: _____ When: _____
Symptoms: ___no ___yes Comments _____ Inspection: ___none ___see diagram on back page
Technologist's Comments: _____

A review of this patient's breast health history and clinical findings qualify her for a screening mammogram _____

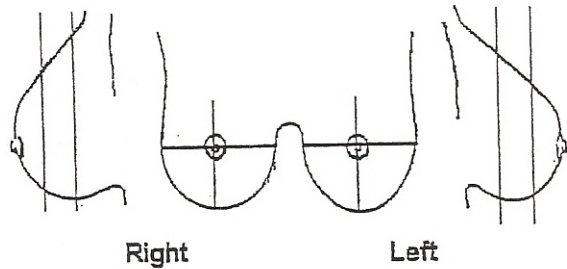
Signature & Date

Name: _____ Date of Exam: _____

Location: _____ Age: _____ Tech: _____ Review: _____

Reason for Study:

- S Screening
- A Additional Evaluation requested from prior study
- V Additional evaluation requested at current screening
- P Problem indicated
- F Follow up at short interval from prior study
- R Pre-Reduction Mammoplasty
- O Review of an Outside study
- T Pre-Radiation Therapy



Comparison: Date of prior exam: _____

- I in house exams
- O outside exams
- NSC
- SC
- WOC

Indicated Problems:

- A Palpable abnormality
- B Bloody discharge
- D Non-bloody Discharge
- E Difficult physical examination
- I Breast implant problem

- L Lump or thickening
- N Nipple abnormality
- P Pain
- X Large axillary lymph nodes
- K Skin thickening or retraction
- W Cancer elsewhere

Where: _____

Breast Composition:

- 1 Almost entirely fat
- 2 Scattered fibroglandular densities
- 3 Heterogeneously dense
- 4 Extremely dense.

Implant Type:

- A Mammoplasty
- G Silicone
- C Combination
- I not specified

- P Pre-pectoral
- R Retro-pectoral
- S Saline

Implant Findings:

- A Asymmetric
- C Calcified
- D Distorted
- F Fibrosed
- H Herniated
- R Ruptured
- T Cap Contraction
- S Free Silicone

Mass Size: _____ L R Bil. Clock: _____ Q: _____
(choose either a mass or a special case.)

Shape:

- A Architectural distortion
- L Lobulated
- O Oval
- R Round
- X Irregular

Case:

- B Asymmetric Breast tissue
- F Focal asymmetry
- N Intramammary lymph node
- T Tubular density/solitary dilated duct.

Mass Density:

- + High density
- = Equal density
- Low density+-
- 0 Fat containing

Mass Margins:

- 0 Ill-defined or indistinct margins
- 1 Circumscribed
- O Microlobulated margins
- R Spiculated margins
- X Obscured margins

Associated Findings:

- A Axillary adenopathy
- D Architectural Distortion
- H Hematoma
- L Skin Lesion
- N Nipple retraction
- P Post surgical scar
- R Skin Retraction
- S Skin thickening
- T Trabecular thickening

Calcifications Size: _____ L R Bil. Clock: _____ Q: _____

Typically Benign

- C Course
- D Dystrophic
- E Eggshell
- L Large rodlike
- M Milk of calcium
- O Spherical or lucent centered
- P Punctate
- R Round
- S Skin Calcifications
- U Suture calcifications
- V Vascular calcifications

Intermediate Concern Calcification:

- A Amorphous or indistinct calcifications

Higher Probability of Malignancy

- F Fine and/or branching (casting) calcifications
- H Heterogeneous or pleomorphic calcifications

Multiple Similar Findings

- Yes
- How Many _____

Ca++ Distribution (choose one only)

- D Diffuse/scattered
- G Grouped or clustered
- L Linear
- R Regional
- S Segmental

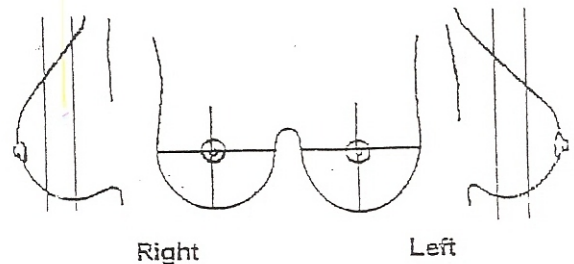
Assessment:

- 0 Additional Imaging Required
- 1 Negative
- 2 Benign finding
- 3 Probably Benign finding
- 4 Suspicious abnormality
- 5 Highly Suggestive of Malignancy

Recommendation

- P Add Proj
- M Mag View
- S Spot Comp
- U US
- O Old Film
- N Norm Int f/u
- D Short Int f/u
- F Bx Cl Ind
- B Bx
- L Needle Loc.
- H Core Bx
- Y FNA

Comments: _____



Radiologist: _____