

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



Atrium Health



¿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.



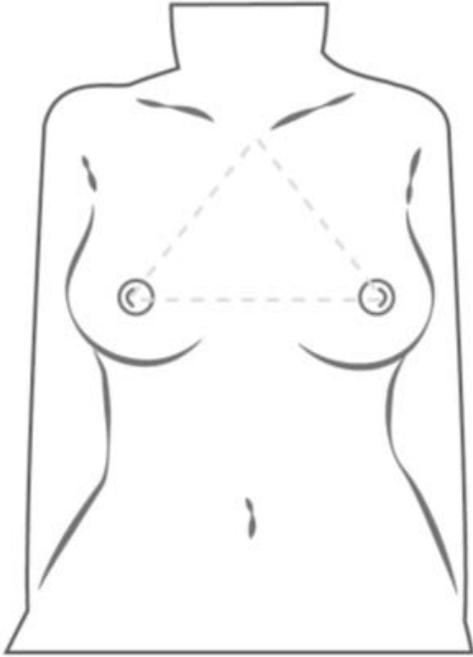
Atrium Health

Created: 04/18

Page 2 of 2

Patient Label

Physical Reconstruction Breast Exam



Height _____

Weight _____

BMI _____

Breast Parameters

Right Breast

Left Breast

Base Width _____

Suprasternal Notch _____

Nipple to Inframammary Fold _____

Shoulder Level: _____ Side Higher: _____

IMF Level: _____ Side Higher: _____

Asymmetry: _____

Scars: _____

Ptosis: I II III

Abdomen Scars: _____

Abdominal Volume Estimate: Smaller Similar Larger (vs Breast Volume)

Hernia: Yes No

Rectus Diastasis: Yes No

Plan

Immediate or Delayed

TE

Implant

DIEP

CTA Yes No

Pictures Yes No

Follow Up: _____

Signature _____ Date _____ Time _____

Rev: 03/18

