

Formulario de registro y consentimiento

IMPORTANTE – Lea las instrucciones a continuación

Lleve una copia completada de este formulario a su cita de revisión.

Use MAYÚSCULAS o y firme.

Por favor, verifique que la información previamente ingresada sea la correcta y actualícela si es necesario. Ejemplo: Sí No

BreastScreen
Victoria

Puede que los datos que nos proporcione se utilicen para ponernos en contacto con usted y dejar un mensaje identificándonos como BreastScreen Victoria

Señora Srta. Sra. Otro _____ Fecha de nacimiento / /

Apellidos (s) _____ Móvil _____

Nombre _____ Domicilio _____

Apellido paterno _____ Trabajo _____

Correo electrónico _____

Domicilio _____

Dirección postal _____

1 País de nacimiento

2 ¿Habla algún otro idioma aparte del inglés en casa?

Sí No (Si la respuesta es No, vaya a la pregunta 3)

Si la respuesta es **Sí**, ¿cuál es el idioma principal que habla en casa?

3 ¿Es usted de origen aborigen o isleña del Estrecho de Torres?

Sí No (Si la respuesta es No, vaya a la pregunta 4)

Si la respuesta es **Sí**, usted es: Aborigen Isleña del Estrecho de Torres Aborigen e isleña del Estrecho de Torres

4 Se le enviarán los resultados de la revisión. En caso de que desee que también le enviemos los resultados a su/s médico/s o especialista (mastólogo), complete los datos que se encuentran a continuación.

Doctor _____	Doctor _____
Nombre de la clínica _____	Nombre de la clínica _____
_____	_____
Dirección _____	Dirección _____
_____	_____
_____ Código postal _____	_____ Código postal _____
Número de teléfono _____	Número de teléfono _____

BreastScreen Victoria no realiza revisiones a mujeres embarazadas o que estén amamantando.

Recomendamos que espere hasta tres meses después de finalizar la lactancia para realizarse una revisión de mamas.

5 ¿Está o podría estar embarazada?

Sí No

6 ¿Está amamantando?

Sí No

7 ¿Está recibiendo Terapia de Reemplazo Hormonal (HRT)?

Sí No (Si la respuesta es No, vaya a la pregunta 8)

Si la respuesta es **Sí**, ¿empezó a recibir HRT tras su última mamografía?

Sí No

8 ¿Se hizo su última mamografía fuera del programa BreastScreen Victoria?

Sí No (Si la respuesta es No, vaya a la pregunta 9)

Si la respuesta es **Sí**, díganos el lugar y la fecha aproximados (mes y año).

Lugar

Fecha /

/

M M A A A A

9 ¿A alguno de sus familiares (familiar consanguíneo) se le ha diagnosticado alguna vez cáncer de MAMA?

Incluya **Únicamente:** Madre, padre, hermana, hermano, hija, hijo, tía, tío, medio hermana, medio hermano, abuela, abuelo, sobrina o sobrino.

Sí No No lo sé

Si la respuesta es **Sí**, complete el siguiente cuadro

Familiar (por ejemplo, MADRE)	Edad en la que se encontró el cáncer (Si no está segura, indique aproximadamente)	Ubicación en la que se encontró el cáncer			Parte de la familia	
		Un seno	Ambos	Desconocido	Materno	Paterno
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las preguntas 10 y 11 tienen relación con el cáncer de ovarios ÚNICAMENTE; y EXCLUYE otros cánceres abdominales, cervicales y uterinos.

10 ¿Algún familiar consanguíneo ha sido diagnosticado alguna vez con cáncer de ovarios? Sí No No lo sé

Incluya **Únicamente:** Madre, hermana, hija, tía, medio hermana, abuela o sobrina.

Si la respuesta es **Sí**, complete el siguiente cuadro:

Familiar	Materno	Paterno
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 ¿Ha tenido cáncer de ovarios en el pasado? Sí No

12 ¿Ha tenido alguna vez cáncer de mama o carcinoma ductal in situ, también llamado DCIS (pre-cáncer)? Sí No

(Si la respuesta es No, vaya a la pregunta 13)

Si la respuesta es **Sí**, se sometió a

¿Qué seno? Derecho Izquierdo

Cirugía conservadora de la mama (extirpación del bulto)

Mastectomía (extirpación del seno)

¿En qué año se le diagnosticó?

Otros, por favor especifique

A A A A

13 ¿Se ha sometido a cirugía en alguna de las mamas? Sí No Derecha Izquierda

Si la respuesta es **Sí**, En los últimos dos años Hace más de dos años

Si hace más de dos años, ¿en qué año, aproximadamente?

A A A A

BreastScreen es un programa para mujeres sanas SIN síntomas mamarios. Si tiene algún síntoma, visite a su médico ANTES de asistir a BreastScreen.

14 ¿Tiene algún bulto/s en el seno que puede notar AHORA? Sí No (Si la respuesta es No, vaya a la pregunta 15)

Si la respuesta es **Sí**, ¿en qué seno se encuentra el bulto? Derecho Izquierdo

¿Ha estado presente el bulto durante menos de 12 meses? Sí No

¿Su médico ha examinado el bulto? Sí No

15 ¿Tiene secreción del pezón teñida de sangre o acuosa AHORA? Sí No (Si la respuesta es No, vaya a la pregunta 16)

Si la respuesta es **Sí**, ¿la secreción está teñida de sangre o es transparente/acuosa?

Teñida de sangre Transparente/acuosa

¿Qué seno presenta la secreción? Derecho Izquierdo

¿Ha estado presente la secreción durante menos de 12 meses? Sí No

¿Ha examinado su médico la secreción del pezón? Sí No

16 ¿Tiene otros síntomas mamarios AHORA? Sí No Derecha Izquierda

(Si la respuesta es No, vaya a la pregunta 17) Si la repuesta es **Sí**, especifique

17 ¿Da a BreastScreen Victoria el consentimiento para obtener o compartir sus imágenes de las mamas y archivos relacionados a efectos comparativos y para su atención, tal y como se describe en la Hoja informativa de BreastScreen Victoria? Sí No

Al firmar este documento, afirmo haber leído y entendido la *Hoja informativa de BreastScreen Victoria*. Acepto que la información que contiene este formulario es correcta. Doy mi consentimiento para participar en el programa de BreastScreen. Entiendo que puedo plantear preguntas, interrumpir la mamografía o dejar de participar en el programa en cualquier momento.

Firma

Nombre

Fecha / /

D D M M A A A A