



Fecha de hoy: ___/___/___

SECCIÓN A: INFORMACIÓN PERSONAL (COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS PARA PODER CALIFICAR PARA EL PROGRAMA)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Dirección residencial (calle, ciudad, estado, código postal): _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

(INDIQUE EL TIPO) RESIDENCIAL CELULAR TRABAJO FAMILIAR AMIGO

Género: Mujer Hombre No binario Prefiero autodescribirme como: _____

¿Es usted hispana/latina? No, no soy hispana/latina Sí, soy hispana/latina

¿Qué raza la describe mejor? India americana o nativa de Alaska Asiática Negra o afroamericana Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico Blanca Otra _____

¿Trabaja actualmente? SÍ NO

¿Qué tipo de seguro tiene?

Sin seguro Seguro público (TennCare/Medicaid, VA, Medicare) Seguro privado (HMO, PPO) De ser así, nombre del seguro: _____

¿Cuál es el ingreso mensual/anual de su hogar? \$ _____ ¿Cuántas personas viven en su casa? _____

SECCIÓN B: HISTORIAL DE MAMOGRAFÍAS

¿Está embarazada? SÍ NO

¿Se ha hecho alguna vez una mamografía? SÍ NO

Si la respuesta es "SÍ", ¿cuándo fue su última mamografía? ___/___/___ ¿Dónde? _____ MES AÑO

Si NO puede recordar la fecha exacta, fue En los últimos 2 años Hace 2 años o más

¿Tiene algún problema en los senos actualmente? SÍ NO

Si la respuesta es "SÍ", marque todo lo que corresponda

Bulto evidente en mi seno ¿En cuál seno?: Izquierdo Derecho Ambos
Nudosidad Izquierdo Derecho Ambos
Incomodidad, dolor o molestias Secreción por el pezón Izquierdo Derecho Ambos

¿Tiene usted o alguien en su familia antecedentes de cáncer de mama? SÍ NO NO ESTOY SEGURA

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", indique su parentesco con esas miembros de su familia y sus edades al momento del diagnóstico:

Madre (edad ___) Hermana (edad ___) Hija (edad ___) Abuela (edad ___)
Tía (edad ___) Sobrina (edad ___) Yo misma

¿Se sometió a alguna de las siguientes cirugías? De ser así, ¿cuándo?

Lumpectomía _____

Mastectomía _____

Biopsia de mama _____

