

## Cuestionario sobre el estado de salud

Su n° de expediente  
«IdDossier»

### Datos personales

Apellido	Apellido de soltera
Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	Ocupación
CP/localidad	Idioma materno
Tel. particular	Móvil
Tel. trabajo	Correo electrónico
Seguro de enfermedad	N° de asegurada
Nacionalidad	N° AHV
Comentarios:	

El resultado de la mamografía se le comunicará por escrito, tanto a usted como a su ginecóloga/o, en un plazo de ocho días hábiles.

### Datos de su ginecóloga/o

Apellido	Apellido
Nombre	Nombre
Dirección	Dirección
CP/localidad	CP/localidad

Envíen, por favor, el resultado también a:  
 médica/o de cabecera     otra/o médica/o

**¿Por qué le hacemos preguntas sobre su salud?** Porque esta información es muy importante para los dos radiólogos que evaluarán la mamografía independientemente uno del otro.

**¿Debo rellenar otra vez el cuestionario si ya lo he hecho antes?** Sí, porque los datos pueden haber cambiado entretanto.

1. ¿Le han hecho alguna vez una mamografía?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuándo?	Fecha:	
En caso afirmativo, ¿por qué?	Instituto:	
	<input type="checkbox"/> Diagnóstico precoz	
	<input type="checkbox"/> Problemas de mamas	
	<input type="checkbox"/> Otras razones	
	<input type="checkbox"/> No sé	
2. ¿Está bajo tratamiento con hormonas?	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha sido tratado anteriormente con hormonas?	<input type="checkbox"/> Sí, desde hace ____ años	
	<input type="checkbox"/> No, nunca	
	<input type="checkbox"/> Sí. Por última vez: _____ durante: _____ meses	

3. ¿Existen casos de cáncer de mama en su familia (madre, hermana o hija)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>En caso afirmativo, ¿a qué edad se enfermaron?</b>	<b>Madre</b>	<b>Hermana</b>	<b>Hija</b>
50 años o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menos de 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ¿Tiene molestias en las mamas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<b>En caso afirmativo:</b>	<b>Mama derecha</b>	<b>Mama izquierda</b>
Dolores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreción por el pezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nódulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros síntomas (indicar cuáles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ¿Ha tenido alguna operación en las mamas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
<b>En caso afirmativo:</b>	<b>Derecha</b>	<b>Izquierda</b>	<b>Breve explicación</b>	<b>Año</b>
Afección benigna (quiste, fibroma, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cáncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aumento o reducción de los pechos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
No sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otras (precisar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## Importante – su consentimiento

### Con mi firma declaro:

- estar de acuerdo en que las mamografías que se me hayan hecho anteriormente se pongan a la disposición del/de la médico/a responsable del instituto radiológico y de los radiólogos acreditados en este programa;
- estar de acuerdo en que se utilicen y archiven mis datos, de forma anónima y con arreglo a las normas legales vigentes de protección de datos, para fines estadísticos y para determinar la calidad y efectividad de este programa de diagnóstico precoz;
- estar de acuerdo en que se puedan recabar en el Registro de cáncer (Krebsregister) los datos sobre una posible patología mamaria que sean necesarios para evaluar la calidad y efectividad del programa de diagnóstico precoz. Por la presente, dispengo a los/las médicos/as del Registro de cáncer, y a su personal auxiliar, de la obligación de guardar el secreto médico ante los/las médicos/as del programa de diagnóstico precoz del cáncer de mama.
- estar de acuerdo en que mis médicos/as de cabecera transmitan los resultados de eventuales exámenes efectuados dentro del marco de una patología mamaria. Para ello, dispengo por la presente a dichos médicos/as de la obligación de guardar secreto médico ante los médicos/as del programa de diagnóstico precoz del cáncer de mama y el registro del cáncer (Krebsregister). Mis datos serán tratados de forma confidencial y con arreglo a la obligación de guardar secreto médico.
- haberme informado sobre el diagnóstico precoz del cáncer de mama. Puedo revocar mi consentimiento en todo momento.

Lugar/fecha:

Firma:

Si tiene dificultades para rellenar el cuestionario, puede llamar a las oficinas del programa de la Liga contra el cáncer de Basilea-Ciudad y Basilea-Campiña (Krebsliga beider Basel), teléfono 061 319 91 70.

**Datos controlados/completados por el personal de detección (apellido, nombre):**