

Cuestionario de salud

Datos personales (*campos obligatorios)

Apellido(s)

Nombre

Dirección

C. P./Localidad

Fecha de nacimiento

Su número de referencia

Tel. durante el día

Móvil

E-mail

Seguro médico*

Núm. AVS

El resultado de la exploración se le comunicará por escrito a usted y a su **ginecóloga/ginecólogo** en un plazo de 8 días laborables.

Indique su ginecóloga/ginecólogo

Apellido(s), nombre

C. P./Localidad

Envíen también el resultado a
mi médica/médico de cabecera

Apellido(s), nombre

C. P./Localidad

IMPORTANTE: Declaración de consentimiento

Con mi firma

- confirmo que he sido informada del funcionamiento de las medidas de prevención y detección precoz, sus ventajas y sus limitaciones.
- confirmo que he entendido que esta exploración se facturará por un precio fijo no sujeto a franquicia y con un copago de como máximo 20.– CHF y que, por tanto, no recibiré una copia automática de la factura. En caso de desear una copia, deberé dirigirme al centro del programa.
- autorizo a que las imágenes de mamografía obtenidas hasta ahora se transmitan a la médica/al médico responsable del Instituto de Radiología, así como a radiólogas/radiólogos con acreditación.
- autorizo el intercambio de mis datos médicos y personales (en adelante, «datos») entre el personal especializado que participa en el programa de cribado, tanto por correo postal como por correo electrónico cifrado, así como el registro y la conservación de mis datos por la Krebsliga beider Basel (en adelante, «Krebsliga») en la medida en que sea necesario para llevar a cabo el programa de cribado mamográfico y para garantizar su calidad; estos datos se tratarán de forma confidencial.
- autorizo el intercambio de información entre las médicas/los médicos que he indicado y el departamento de prevención y detección precoz de la Krebsliga, en la medida en que sea necesario para llevar a cabo el programa de cribado mamográfico y para garantizar su calidad.
- reconozco que mi participación en el programa de cribado mamográfico dará lugar a la notificación del diagnóstico personal de cáncer de mama al correspondiente registro (Krebsregister beider Basel).
- autorizo a que, en caso de obtener un resultado normal, la Krebsliga notifique un conjunto de datos mínimos (apellidos, nombre, fecha de nacimiento y dirección) al registro cantonal con fines de aseguramiento de la calidad y recopile mis datos diagnósticos personales entre dos exploraciones.
- reconozco que mis datos anonimizados se podrán usar con fines estadísticos y para mejorar la calidad del programa.
- autorizo a que mi expediente se remita al programa de cribado oficial del nuevo cantón de residencia en caso de cambio de domicilio.
- autorizo a que los resultados de las exploraciones derivadas relevantes para la detección precoz se transmitan a la Krebsliga con fines de aseguramiento de la calidad del programa de cribado mamográfico.
- confirmo que he sido informada extensamente sobre el uso, la transmisión y el almacenamiento de mis datos; tengo el derecho a acceder y corregir mis datos en todo momento y a oponerme a su tratamiento.

Lugar, fecha

Firma

¿Por qué le preguntamos por su salud? Los datos que facilita en este cuestionario son importantes para los dos radiólogos que valoran las imágenes de su mamografía de forma independiente.

Ya he rellenado este cuestionario en el pasado. ¿Debo volver a rellenarlo?

Sí, porque puede que la información haya cambiado desde la última mamografía.

1. ¿Se ha sometido ya alguna vez a una mamografía?

En caso afirmativo, ¿cuándo?

En caso afirmativo, por qué?

sí no

Fecha: _____

Nombre del instituto: _____

detección precoz

problemas de pecho

otros motivos

no lo sé

2. ¿Está sometida a tratamiento hormonal?

¿Ha recibido tratamiento hormonal en el pasado?

no

sí, desde hace _____ años

no, nunca

sí, pero ya no desde hace _____ años, duración del tratamiento: _____ años

3. ¿Ha sufrido cáncer de mama su madre, hermana o hija?

En caso afirmativo, ¿qué edad tenían cuando se les diagnosticó el cáncer de mama?

50 años o más

Menos de 50 años

No lo sé

no sí

Su madre	Su hermana	Su hija	
<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"/>	

4. ¿Tiene molestias en el pecho actualmente?

En caso afirmativo:

Dolor

Secreción del pezón

Bultos

Otras alteraciones (proporcione más detalles)

no sí

Pecho derecho	Pecho izquierdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ¿Se ha sometido en el pasado a una operación de mama?

En caso afirmativo:

Una lesión benigna (quiste, fibroma, etc.)

Cáncer de mama

Aumento y/o reducción de pecho

No lo sé

Otras (indique cuál):

no sí

Pecho derecho	Pecho izquierdo	Breve descripción	Año
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Información controlada por el Instituto Radiológico (firma):
