



Kim Lairret, MD, FACS
Board Certified, General Surgery

Ryland Gore, MD, MPH
Board Certified, General Surgery

English - Spanish

Name / Nombre _____ DOB / Fecha de nacimiento _____

Referring physician / Médico remitente _____

Reason for visit today / Motivo de la consulta _____

Please circle if you are experiencing any of the following: / Rodee con un círculo los síntomas que presenta:

- | | | |
|---|---|---|
| Fever / Fiebre | Weight loss or gain / Pérdida o aumento de peso | Shortness of breath / Falta de aliento |
| Cough / Tos | Wheezing / Sibilancias | Blurred vision / Visión borrosa |
| Chest pain / Dolor en el pecho | Palpitations / Palpitaciones | Irregular heart beat / Ritmo cardíaco irregular |
| Numbness / Entumecimiento | Tingling / Cosquilleo | Weakness / Debilidad |
| Excessive thirst / Sed excesiva | Feeling hot all the time / Sensación de calor todo el tiempo | Feeling cold all the time / Sensación de frío todo el tiempo |
| Easy bleeding / Sangra con facilidad | Easy bruising / Le salen moretones con facilidad | Blood clots / Coágulos |
| Depression / Depresión | Problem with anesthesia / Dificultades con la anestesia | Anxiety / Ansiedad |

Please list any chronic medical problems / Enumere sus problemas médicos crónicos _____

Please list any previous surgeries / Enumere las cirugías que le han realizado anteriormente _____

Please list any medications (prescription or over the counter) with dosages, if known / Enumere todos los medicamentos (recetados o de venta libre) que toma y sus respectivas dosis, si las conoce _____

Please list any allergies to medications / Enumere cualquier alergia a algún medicamento _____

Do you smoke tobacco? (please circle) No Yes / Sí **Former**
¿Fuma tabaco? (Rodee con un círculo) Ex fumador

If yes, how much per day? _____ **If former, when did you quit?** _____
Si fumaba, ¿cuántos paquetes fumaba al día? Si fumaba, ¿cuándo dejó de fumar?

Do you drink alcohol? (please circle) No Yes / Sí
¿Toma bebidas alcohólicas? (rodee con un círculo)

If yes, how much? _____
Si toma, ¿qué cantidad?

1400 Northside Forsyth Drive, Suite 290, Cummings, GA 30041
T: (770) 292-3000 • F: (404) 250-8064
NorthAtlantaBreast.com



Kim Lairret, MD, FACS
Board Certified, General Surgery

Ryland Gore, MD, MPH
Board Certified, General Surgery

English - Spanish

Do any family members have a history of cancer? If so, please list relationship and type of cancer / ¿Algún miembro de su familia tiene antecedentes de cáncer? En tal caso, por favor indique el parentesco y el tipo de cáncer _____

Do any other diseases run in your family? / ¿Existen otras enfermedades hereditarias en su familia? _____

How many pregnancies have you had? _____ **Number of live births?** _____
¿Cuántos embarazos ha tenido? ¿Cuántos bebés nacidos vivos?

Age at first period _____ **Age at birth of first child** _____ **Age at menopause** _____
Edad cuándo tuvo la primera menstruación Edad cuándo nació su primer bebé Edad cuándo inició la menopausia

Last menstrual period (if premenopausal) / Última menstruación (si está premenopáusica) _____

Have you breastfed in the past? (please circle) / ¿Ha amamantado antes? (rodee con un círculo) **No** **Yes / Sí**

Have you used hormone replacement therapy? / ¿Se ha sometido al algún tratamiento de reposición hormonal? **No** **Yes / Sí**

Have you had a hysterectomy? / ¿Se le ha hecho una histerectomía? **No** **Yes / Sí**

Have you had your ovaries removed? / ¿Le han extirpado los ovarios? **No** **Yes / Sí**

Have you had an abnormal mammogram? / ¿Ha obtenido algún resultado anormal luego de una mamografía? **No** **Yes / Sí**

Have you had radiation therapy? / ¿Ha recibido radioterapia? **No** **Yes / Sí**

Have you had any breast surgery? / ¿Le han hecho cirugía de mama? **No** **Yes / Sí**

When was your last mammogram? _____ **Location?** _____
¿Cuándo fue su última mamografía? ¿Dónde se realizó?

1400 Northside Forsyth Drive, Suite 290, Cummings, GA 30041
T: (770) 292-3000 • F: (404) 250-8064
NorthAtlantaBreast.com