



Kimberly Lairet, MD, FACS
Board Certified - General Surgery

Anthony Scott, MD, FACS
Board Certified - General Surgery

ENGLISH / SPANISH

Name /Nombre: _____ DOB /Fecha de nacimiento: _____

Referring physician /Médico remitente: _____

Reason for visit /Motivo de la consulta: _____

Please mark if you are experiencing any of the following / Por favor marque los síntomas que presenta:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fever / Fiebre | <input type="checkbox"/> Weight loss or gain / Pérdida o aumento de peso | <input type="checkbox"/> Shortness of breath / Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Cough / Tos | <input type="checkbox"/> Wheezing / Sibilancias | <input type="checkbox"/> Irregular heart beat / Ritmo cardíaco irregular |
| <input type="checkbox"/> Chest pain / Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Palpitations / Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Weakness / Debilidad |
| <input type="checkbox"/> Easy bleeding / Sangra con facilidad | <input type="checkbox"/> Easy bruising / Le salen moretones con facilidad | <input type="checkbox"/> Blood clots / Coágulos |
| <input type="checkbox"/> Depression / Depresión | <input type="checkbox"/> Problem with anesthesia / Dificultades con la anestesia | <input type="checkbox"/> Anxiety / Ansiedad |

Please list any chronic medical problems / Por favor enumere cualquier problemas médicas crónicas: _____

Please list any previous surgeries / Por favor enumere cualquier cirugías previas: _____

Family History of Cancer (Relation & Age Diagnosed) / Antecedentes familiares de cáncer (relación y edad del diagnóstico): _____

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

Have you or a family member ever had genetic testing? / ¿Usted o algún familiar han hecho pruebas genéticas? No Yes / Sí

Results / Resultados: _____

Do you smoke or chew tobacco? / ¿Fuma o mastica tabaco? No Yes/Si Former / Anteriormente

How much/how often/when did you stop? / ¿Cuánto, con qué frecuencia y cuándo dejó de hacerlo? _____

Do you vape or use E-cigarettes? / ¿Usa vapeador o cigarrillos electrónicos? No Yes/Si Former / Anteriormente

Are you interested in help or information about quitting? / ¿Le interesa recibir ayuda o información para dejarlo? Yes/Si No

Do you drink alcohol? / ¿Consume alcohol? No Yes/Si

If so, how much and how often? / ¿Cuánto y con qué frecuencia? _____

Do you feel you have a problem? / ¿Cree que tiene un problema? No Yes/Si

Are you interested in help or information about quitting? / ¿Le interesa recibir ayuda o información para dejarlo? No Yes/Si

Allergies and Reactions / Alergias y reacciones: _____

Current Medications / Medicamentos actuales: _____



Kimberly Lairet, MD, FACS
Board Certified - General Surgery

Anthony Scott, MD, FACS
Board Certified - General Surgery

ENGLISH / SPANISH

Name /Nombre: _____ DOB /Fecha de nacimiento: _____

BREAST CANCER RISK ASSESSMENT / EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CÁNCER DE MAMA

Are you currently pregnant? /¿Está embarazada actualmente? No Yes/Si

Age at first cycle/period / Edad de la primera menstruación: _____

Date of last menstrual period /Fecha del último período menstrual: _____

Number of Pregnancies / Número de embarazos: _____

Number of Live Births /Número de hijos/hijas: _____ Age at first birth / Edad al primer parto: _____

Have you breastfed in the past? /¿Ha amamantado antes? No Yes/Si

Are you post-menopausal? /¿Está en la menopausia (posmenopáusia)? No Yes/Si Unknown / Desconocido

Age at menopause or ovary removal / Edad de la menopausia o extirpación de ovarios: _____

Have you taken hormone replacement therapy? /¿Ha tomado terapia hormonal? No Yes/Si

Discontinued? /¿Suspendido?: >5 years ago / Hace más de 5 años <5 years ago / Hace menos de 5 años Still taking / Aún tomando

Have you had a hysterectomy? /¿Se ha hecho una histerectomía? No Yes/Si Date /Fecha: _____

Have you had your ovaries removed? /¿Le han extirpado los ovarios? No Yes/Si Date /Fecha: _____

Have you ever had a mammogram before? /¿Alguna vez le han hecho una mamografía?: No Yes/Si Abnormal / Anormal

Where? /¿Donde? _____

Have you had a previous breast biopsy? /¿Ha tenido usted una biopsia de mama previamente? No Yes/Si

Diagnosis/ Diagnóstico: _____

Have you ever had any breast surgery? /¿Ha tenido alguna cirugía de seno? No Left / Izquierdo Right / Derecho Both / Ambos

Implant(s) / Implante(s) Reduction / Reducción Lift / Levantamiento Other / Otro: _____

Do you have a personal history of breast cancer? / ¿Tiene antecedentes personales de cáncer de mama? No Yes/Si When? /¿Cuándo? _____

Previous Treatment/Tratamiento previo: Mastectomy/Mastectomía Partial mastectomy/lumpectomy/Mastectomía parcial/lumpectomía

Radiation/Radiación Chemotherapy/Quimioterapia Reconstruction/Reconstrucción



Kimberly Lairet, MD, FACS
Board Certified - General Surgery

Anthony Scott, MD, FACS
Board Certified - General Surgery

ENGLISH / SPANISH

Name /Nombre: _____ DOB /Fecha de nacimiento: _____

SUPPLEMENTAL BREAST CANCER RISK ASSESSMENT /
EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA DEL RIESGO DE CÁNCER DE MAMA

Age / Edad: _____ Height / Estatura: _____ Weight / Peso: _____

Have you been diagnosed with Ovarian Cancer? / ¿Le han diagnosticado cáncer de ovario? No Yes / Sí

Mammographic Density (OFFICE USE ONLY) / Densidad mamográfica (SOLO PARA USO DE OFICINA): 1/A 2/B 3/C 4/D

Are you of Ashkenazi inheritance? / ¿Tiene ascendencia Ashkenazi? No Yes / Sí

Was your mother diagnosed with Breast OR Ovarian Cancer? / ¿Su madre le diagnosticaron cáncer de mama o de ovario?

No Yes/Sí Breast /mama Ovarian /ovario Bilateral Age at diagnosis / Edad al diagnóstico: _____

Paternal Grandmother / Abuela paterna:

No Yes/Sí Breast /mama Ovarian /ovario Bilateral Age at diagnosis / Edad al diagnóstico: _____

Maternal Grandmother / Abuela materna:

No Yes/Sí Breast /mama Ovarian /ovario Bilateral Age at diagnosis / Edad al diagnóstico: _____

Paternal Aunts / Tías paternas:

No Yes/Sí Breast /mama Ovarian /ovario Bilateral Age at diagnosis / Edad al diagnóstico: _____

Affected / N.º de afectadas: _____ # Unaffected / N.º que no han sido afectados: _____

Maternal Aunts / Tías maternas:

No Yes/Sí Breast /mama Ovarian /ovario Bilateral Age at diagnosis / Edad al diagnóstico: _____

Affected / N.º de afectadas: _____ # Unaffected / N.º que no han sido afectados: _____

Sisters / Hermanas:

No Yes/Sí Breast /mama Ovarian /ovario Bilateral Age at diagnosis / Edad al diagnóstico: _____

Affected / N.º de afectadas: _____ # Unaffected / N.º que no han sido afectados: _____

Daughters / Hijas:

No Yes/Sí Breast /mama Ovarian /ovario Bilateral Age at diagnosis / Edad al diagnóstico: _____

Affected / N.º de afectadas: _____ # Unaffected / N.º que no han sido afectados: _____

Affected male relatives / N.º de familiares masculinos afectados: _____

Affected half-sisters / N.º de hermanastras afectadas: _____

Affected cousins / N.º de primas afectadas: _____

Affected nieces / N.º de sobrinas afectadas: _____