



SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
DIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD
COORDINACIÓN DE CANCER EN LA MUJER
ESTUDIO DE DETECCION

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

ANTES DE LLENAR, FAVOR DE LEER EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

I. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD

1. Institución: _____ **FECHA** / /
Día Mes Año

2. Entidad/Delegación/Subdelegación/Zona Militar: _____

3. Jurisdicción: _____

4. Municipio: _____

5. Unidad médica: _____

II. IDENTIFICACION DE LA PACIENTE

6. Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

7. Entidad de nacimiento: _____ 8. CURP: _____

9. Fecha de nacimiento _____ 10. Residencia actual: _____

Domicilio: _____
Calle y número Colonia Localidad 10.1 Municipio o delegación

10.2 Entidad federativa 10.3 Jurisdicción Teléfono

11. Tiempo de residencia actual: 1) Menos de 1 año 2) De 1 a 5 años 3) Más de 5 años

Derechohabiciencia 1.IMSS 2.ISSSTE 3.PEMEX 4.SEGURO POPULAR 5.SSA 6.SEDENA 7. SEDEMAR
8.IMSS OPORT. 9. DIF 10.NINGUNA

III. FACTORES DE RIESGO

12. Edad de presentación de la menarca _____ años

13. Nuigesta

14. Edad del primer embarazo a término _____ años

15. Presento menopausia
15.1 Edad de presentación de la menopausia _____ años

16. Antecedente de detección _____
1) Autoexploración 2) Examen clínico 3) Mamografía 4) Otra _____ 5) Ninguna

17. Antecedente de Terapia de reemplazo hormonal _____

18. Tiempo de utilización _____ años

19. En que familiares tiene antecedentes de cáncer mamario _____
1) Madre 2) Hermana 3) Hija 4) 1 y 2 5) 1 y 3 6) 2 y 3 7) Otro _____ 8) Ninguno

20. Antecedente personal de cáncer mamario _____

21. Antecedente personal de hiperplasia atípica _____

22. Otros factores de riesgo _____

IV. DATOS CLINICOS

23. Signos clínicos

1) Tumoración palpable 5) Piel de Naranja 9) Retracción Cutánea
2) Úlcera y/o eczema del pezón 6) Ganglios axilares y/o supraclav. Palpables 10) Ninguno
3) Secreción por el pezón 7) Cambios en la coloración de la piel
4) Retracción o fijación del pezón 8) Asimetría en las mamas

24. Fecha de inicio de los síntomas o signos _____
Día Mes Año

25. Localización

AXILA 6 AXILA 14
HUECO SUPRACLAVICULAR 7 HUECO SUPRACLAVICULAR 15
MAMA DERECHA 8 MAMA DERECHA 16

Derecha Izquierda

26. Nombre, Firma y RFC del responsable de la Exploración Clínica: _____

VI. REFERENCIA

27. Conducta a seguir _____
1) Cita de seguimiento en 6 meses 2) Toma de mamografía y/o U.S.G. 3) Detección de rutina en un año 4) Otro

28. Motivo de la referencia _____
1) Tumoración palpable 2) Signos sugestivos 3) Mamografía anormal
4) Más de 2 factores de riesgo

29. Fecha de la referencia _____
Día Mes Año

1.

2.

3.

4.

7.

8.

9. Fecha Nacimiento _____
Día Mes Año

10.1 10.2

10.3 11.

12. años

13.

14. años

15. 15.1 años

16.

17.

18. años

19. 20.

21. 22.

23.
A B
C D

24. / /
Día Mes Año

25.
A B
C D

26.

27.

28.

29. / /
Día Mes Año