

ENGLEWOOD HOSPITAL

BREAST CENTER / CENTRO DE MAMA / 유방 센터
BREAST HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE /
CUESTIONARIO SOBRE EL HISTORIAL DE SALUD
MAMARIA / 유방 병력 설문지

Patient Name: _____

Patient DOB: _____

MR#: _____

Patient Label _____

Office Use: TC Score _____

1. Have you had the COVID-19 vaccine?

¿Ha recibido la vacuna contra la COVID-19?
COVID-19 백신을 맞으셨습니까?

Yes / Sí / 예 No / No / 아니요

If yes, which arm?
Si la respuesta es Sí, ¿en cuál brazo?
맞았다면 어느 쪽 팔입니까?

Left / Izquierdo / 좌 Right / Derecho / 우

Date of most recent dose: _____

Fecha de la dosis más reciente: _____

가장 최근 접종 날짜: _____

2. Is this your first mammogram?

¿Esta es su primera mamografía?
첫 유방조영술입니까?

Yes / Sí / 예 No / No / 아니요

If no, date of your last mammogram:
Si la respuesta es No, fecha de su última mamografía:
아닌 경우, 마지막 유방조영술 날짜:

Location: _____

Lugar: _____

장소: _____

3. Do you have any new breast pain or breast complaints?

¿Tiene algún dolor o molestia reciente en los senos?
새로운 유방 통증이나 유방 문제가 있습니까?

Yes / Sí / 예 No / No / 아니요

4. If you are still getting periods, what was the first date of your most recent menstrual period?

Si aún tiene períodos, ¿cuál fue la primera fecha de su período menstrual más reciente?
아직 생리가 끝나지 않은 경우, 가장 최근 생리의 첫 날의 날짜는 언제였습니까?

5. Are you pregnant?

¿Está embarazada?
임신 중이십니까?

Yes / Sí / 예 No / No / 아니요

6. Are you breastfeeding?

¿Está amamantando?
모유 수유 중이십니까?

Yes / Sí / 예 No / No / 아니요

7. Height / Estatura / 키: _____ Weight / Peso / 체중: _____

8. Have you had any significant weight loss or gain?

¿Ha tenido alguna pérdida o aumento de peso significativo?
체중이 크게 줄거나 늘었던 적이 있습니까?

Yes / Sí / 예 No / No / 아니요

9. Do you examine your breasts?

¿Se examina los senos?
유방 자가 진단을 하십니까?

Yes / Sí / 예 No / No / 아니요

10. How many children have you given birth to?

¿A cuántos niños ha dado a luz?
자녀를 몇 명이나 낳았습니까?

11. What age did you have your first live birth?

¿A qué edad tuvo su primer nacimiento vivo?
첫 출산은 몇 살 때였습니까?

12. What was your age at your first period?

¿A qué edad tuvo su primer período?
첫 생리 당시 몇 살이었습니까?

13. What was your age at menopause?

¿A qué edad empezó la menopausia?
폐경 당시 몇 살이었습니까?



ENGLEWOOD HOSPITAL

BREAST CENTER / CENTRO DE MAMA / 유방 센터

BREAST HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE / CUESTIONARIO SOBRE EL HISTORIAL DE SALUD MAMARIA / 유방 병력 설문지

Patient Name: _____

Patient DOB: _____

MR#: _____

Patient Label

14. Do or did you take hormonal contraceptives?

¿Toma o tomó anticonceptivos hormonales?
호르몬 피임약을 복용 중이거나 복용한 적이 있습니까?

Yes / Sí / 예 No / No / 아니요

Start date / Fecha de inicio / 시작일: _____

End date / Fecha de finalización / 종료일: _____

15. Do or did you take hormone replacement?

¿Toma o tomó reemplazo hormonal?
호르몬 대체요법을 받거나 받은 적이 있습니까?

Yes / Sí / 예 No / No / 아니요

Start date / Fecha de inicio / 시작일: _____

End date / Fecha de finalización / 종료일: _____

16. Have you ever had cancer?

¿Alguna vez ha tenido cáncer?
암에 걸린 적이 있습니까?

Yes / Sí / 예 No / No / 아니요

Type / Tipo / 유형: _____

Date / Fecha / 날짜: _____

17. Have you ever had breast cancer?

¿Alguna vez ha tenido cáncer de mama?
유방암에 걸린 적이 있습니까?

Yes / Sí / 예 No / No / 아니요

If yes, which breast? / Si la respuesta es Sí, ¿en cuál seno?
/ 그렇다면, 어느 쪽 유방입니까?:

Left / Izquierdo / 좌 Right / Derecho / 우

Date / Fecha / 날짜: _____

Did you have chemotherapy?

¿Recibió quimioterapia?
항암 치료를 받았습니까?

Yes / Sí / 예 (Date / Fecha / 날짜: _____)

No / No / 아니요

Did you have radiation?

¿Recibió radiación?
방사선 치료를 받았습니까?

Yes / Sí / 예 (Date / Fecha / 날짜: _____)

No / No / 아니요

18. Have you had any of the following? ¿Ha tenido alguno de los siguientes? 다음 중 해당되는 것이 있습니까?

Procedure / Procedimiento / 시술	Which breast? / ¿En cuál seno? / 어느 쪽 유방입니까?	Date / Fecha / 날짜
a. Core biopsy / Biopsia de núcleo / 주요 생검	Left / Izquierdo / 좌 Right / Derecho / 우 Both/Ambos / 양쪽	
b. FNA biopsy / Biopsia por FNA / FNA 생검	Left / Izquierdo / 좌 Right / Derecho / 우 Both/Ambos / 양쪽	
c. Excisional biopsy / Biopsia por escisión / 절제 생검	Left / Izquierdo / 좌 Right / Derecho / 우 Both/Ambos / 양쪽	
d. Lumpectomy / Lumpectomía / 부분절제술	Left / Izquierdo / 좌 Right / Derecho / 우 Both/Ambos / 양쪽	
e. Mastectomy / Mastectomía / 전체절제술	Left / Izquierdo / 좌 Right / Derecho / 우 Both/Ambos / 양쪽	
f. Breast reduction or breast lift / Reducción de senos o levantamiento de senos / 유방 축소 또는 유방 거상	Left / Izquierdo / 좌 Right / Derecho / 우 Both/Ambos / 양쪽	
g. Breast implants / Implantes de seno / 유방 보형물	Left / Izquierdo / 좌 Right / Derecho / 우 Both/Ambos / 양쪽	

19. Have you ever had a hysterectomy?

¿Alguna vez se ha sometido a una histerectomía?
자궁적출술을 받은 적이 있습니까?

Yes / Sí / 예 (Date / Fecha / 날짜: _____)

No / No / 아니요

20. Have you had ovary removal?

¿Le han extirpado los ovarios?
난소 절제술을 받은 적이 있습니까?

Yes / Sí / 예 (Date / Fecha / 날짜: _____)

No / No / 아니요

ENGLEWOOD HOSPITAL

BREAST CENTER / CENTRO DE MAMA / 유방 센터
BREAST HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE /
CUESTIONARIO SOBRE EL HISTORIAL DE SALUD
MAMARIA / 유방 병력 설문지

Patient Name: _____

Patient DOB: _____

MR#: _____

Patient Label _____

If yes, which ovary? / Si la respuesta es Sí, ¿cuál ovario? /
 그렇다면 어느쪽 난소입니까?

- Left** / Izquierdo / 좌 **Right** / Derecho / 우
 Both / Ambos / 양쪽
Date / Fecha / 날짜: _____

21. Have you ever had genetic testing for the BRCA gene?

¿Alguna vez se ha realizado pruebas genéticas para detectar el gen BRCA?

BRCA 유전자에 대한 유전자 검사를 받은 적이 있습니까?

- Yes** / Sí / 예 **No** / No / 아니요

If yes, what were the results?:

Si la respuesta es Sí, ¿cuáles fueron los resultados?:

그렇다면 결과는 어땠습니까?:

- BRCA1 Positive** / BRCA1 positivo / BRCA1 양성
 BRCA1 Negative / BRCA1 negativo / BRCA1 음성
 BRCA2 Positive / BRCA2 positivo / BRCA2 양성
 BRCA2 Negative / BRCA2 negativo / BRCA2 음성

Date / Fecha / 날짜: _____

22. Do you have any Ashkenazi Jewish ancestry?

¿Tiene ascendencia judía asquenazí?

아슈케나지 유대인 조상이 있습니까?

- Yes** / Sí / 예 **No** / No / 아니요

Family History / Antecedentes familiares / 가족력

Relative / Pariente / 친지	History of Breast, Ovarian or Pancreatic Cancer? ¿Antecedentes de cáncer de mama, ovario o páncreas? 유방암, 난소암 또는 췌장암 병력이 있습니까? If yes, write which cancer in the box below. Si la respuesta es Sí, escriba qué cáncer en el siguiente cuadro. 그렇다면, 아래 칸에 어떤 암인지 기재하십시오.	Age When Diagnosed Edad a la que se diagnosticó 진단 시 나이
Mother / Madre / 모		
Father / Padre / 부		
Maternal Grandmother / Abuela materna / 외할머니		
Maternal Grandfather / Abuelo materno / 외할아버지		
Paternal Grandmother / Abuela paterna / 친할머니		
Paternal Grandfather / Abuelo paterno / 친할아버지		
Sister / Hermana / 자매		
Brother / Hermano / 형제		
Daughter / Hija / 딸		
Son / Hijo / 아들		
Maternal Aunt / Tía materna / 이모		
Paternal Aunt / Tía paterna / 고모		
Maternal Uncle / Tío materno / 외삼촌		
Paternal Uncle / Tío paterno / 친삼촌		

Signature / Firma / 서명: _____ **Date and Time / Fecha y hora / 일시:** _____