



SALUD

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Programa de Detección de Cáncer de Mama
EXPLORACIÓN CLÍNICA

No. Folio: _____

1. Institución _____ 2. Entidad / Delegación _____ 3. Jurisdicción _____
4. Municipio _____ 5. Unidad médica _____ 6. CLUES _____

7. Nombre _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____
8. Entidad de nacimiento _____ 9. CURP _____ Nombre (s) _____
10. Fecha de nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____ 11. Edad en años _____
12. Residencia habitual Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio /Delegación _____
C.P. _____ Entidad Federativa _____ Jurisdicción _____ Teléfono _____
13. Otro domicilio _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio /Delegación _____
14. Otro teléfono _____ 15. Correo electrónico _____
16. Tiempo de residencia actual _____
17. Afiliación _____ 0. NINGUNA 1. IMES 2. ISSSTE 3. SEDENA 4. SEMAR 6. IMSS-PROSPERA 7. PEMEX 8. ESTATAL 10. PRIVADA 11. CNPSS 12. OTRA 17.1 No. de afiliación o póliza _____

18. Fecha de atención Día _____ Mes _____ Año _____
19. Edad de presentación de la menarca _____ años 20. En que familiares tiene antecedentes de cáncer mamario ☐ 1. Madre ☐ 3. Hija ☐ 5. 1 y 3 ☐ 7. Otro ☐
21. Edad de presentación de la menopausia _____ años 22. Otros factores de riesgo _____
2. Hermana ☐ 4. 1 y 2 ☐ 6. 2 y 3 ☐ 8. Ninguno ☐

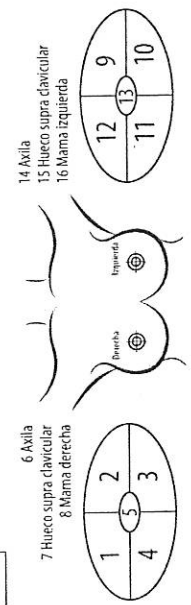
RIESGOS BIOLÓGICOS

23. Signos clínicos ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- 1. Nódulos sólidos, irregulares de consistencia dura fijo a planos profundos
- 2. Cambios cutáneos evidentes (piel de naranja, retracción de la piel, lesión areolar que no cicatriza a pesar del tratamiento)
- 3. Zona de sistematización en el tejido glandular focalizado a una sola mama y región

24. Fecha de inicio del primer síntoma o signo Día _____ Mes _____ Año _____

25. Localización ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐



26. Cédula profesional de quién realizó el estudio _____

27. Conducta a seguir ☐

1. Detección de rutina en un año

2. Mastografía de tamizaje

3. Referencia a evaluación con imagen complementaria (Masto. diagnóstica o USG)

28. Motivo de la referencia ☐

1. Tumoração palpable

2. Signos sugestivos

3. Mamografía anormal

4. Factores de riesgo

29. Fecha de referencia Día _____ Mes _____ Año _____

AAAA