



Universidad de Puerto Rico
Centro Comprensivo de Cáncer
Programa para la Prevención y Detección Temprana del
Cáncer de Mama y Cáncer de Cuello Uterino de Puerto Rico

Forma de Referido
Procedimientos para Cernimiento/Diagnóstico de Cáncer de Mama

Paciente: _____ Lugar de Referido: _____

Procedimientos de Cernimiento

	Izquierdo	Derecho	Ambos
Mamografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonomamografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro Procedimiento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Procedimientos de Diagnóstico

	Izquierdo	Derecho	Ambos
Diagnostic Mammography	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fine Needle Aspiration Biopsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Large Core Needle Biopsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Open Surgical Biopsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro Procedimiento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Referida por: _____ Lic: _____

Fecha de Referido: mm / dd / _yyy

Procedimiento realizado por: _____

Fecha de Procedimiento: mm / dd / _yyy

Interpretado por: _____ Lic: _____

Fecha de Interpretación: mm / dd / _yyy