



Vivienda y sus características

Status:

- propia
 Rentada
 Prestada
 Invasión
 Compartida
 Otro _____

Servicios:

- Basura Luz
 Vigilancia Transporte
 Deportivos Agua
 Alumbrado Correo
 Drenaje Otros _____

Distribución:

- () Recamaras
 () Sala
 () Cocina
 () Baños
 Otros _____

Construcción:

- Ladrillo
 Block
 Adobe
 Cartón
 Madera
 Otro _____

Condición:

- Buena
 Regular
 Mala

Higiene:

- Buena
 Regular
 Mala

Bienes:

- Camas Radio Refrigerador Clima Estufa Comedor Automóvil
 Calefacción Sala Television Terreno otros _____

Frecuencia y Consumo de Alimentos

| Tipos | Diario | Cada 3 días | Cada 8 días | Cada 15 días | Nunca |
|-----------|--------|-------------|-------------|--------------|-------|
| Carne | | | | | |
| Leche | | | | | |
| Pescado | | | | | |
| Frijol | | | | | |
| Arroz | | | | | |
| Huevo | | | | | |
| Verduras | | | | | |
| Enlatados | | | | | |

Compra despensa:

- Diario
 Semanal
 Quincenal

Estudio requerido

Estudio Requerido:

- Mamografía
 Ultrasonido Mamario
 Laboratorio
 Otro _____

Tiene una orden o receta medica? Si No
Tiene algún familiar con cáncer de mama?

- Si No

Tipo de servicio medico?

- IMSS ISSSTE
 Medico particular
 Medico de farmacia
 Otro _____

Se le ha detectado previamente algún problema con una o ambas mamas?

- Si
 No

Yo, (nombre) _____ autorizo a Administradora de Centros Diagnósticos, S.A. de C.V. (Imagen Diagnóstica) utilizar mi información, fotografía o imagen para efectos de demostrar que fui seleccionada (o) como beneficiario de los fondos obtenidos por la Carrera Ya Quisieras Cáncer 2020. Así mismo, deslindo a la compañía de toda responsabilidad o gravamen que pudiera tener por el resultado de mis exámenes realizados como apoyo a mi caso.

Firma: _____

Ciudad Juárez, Chih., a _____ de _____ de 20____.