

CUESTIONARIO DE HISTORIA FAMILIAR

Por favor, rellene y envíe el cuestionario completado para su cita. Por favor, envíenoslo por correo o fax. También puede enviar este formulario electrónicamente a través de nuestra página web (<https://geneticscenter.com/cancer-questionnaire/?lang=es>). Necesitamos recibir el cuestionario **al menos un día antes** de su cita. Por favor, llámenos si tiene alguna pregunta. También se recomienda que nos dé los registros o reports que pueda tener.

Gracias,

Genetics Center



GENETICS CENTER

**211 South Main Street
Orange, California 92868
Número Telefónico: (714) 288-3500
Numero de Fax: (714) 288-3510**

Hombres y Mujeres

¿Ha tenido una colectomía (removimiento del colon)? S N D En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
 Parcial Completo Desconocido
 Motivo: _____

¿Alguna vez has tenido pólipos en el colon? S N D En caso afirmativo, ¿cuántos? _____
 En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____

¿Ha sido diagnosticado con colitis ulcerosa? S N D En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____

¿Ha tenido una mastectomía (removimiento del tejido mamario)? S N D En caso afirmativo, ¿a qué edad (s)? _____
 Derecho Izquierda Bilateral
 Motivo: _____

¿Ha sido diagnosticado con la enfermedad fibroquística de mama? S N D

¿Ha tenido una tiroidectomía (removimiento de la tiroides)? S N D En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
 Motivo: _____

¿Ha tenido otras cirugías? S N D En caso afirmativo, ¿qué? _____

¿Ha tenido hallazgos inusuales en la piel (grumos, chichon, lesiones, manchas claras o oscuras)? S N D En caso afirmativo, ¿qué? _____

¿Usted o un miembro de la familia alguna vez ha sido diagnosticado con una enfermedad genética? S N D En caso afirmativo, ¿qué? _____
 Quien? _____

HISTORIA FAMILIAR

Países de la familia de origen antes de los Estados Unidos (ejemplo: Inglaterra, Nigeria, México, Taiwán)
 Lado materno (de la madre): _____ Lado paterno (del padre): _____

¿Alguno de tus padres de ascendencia judía asquenazí (Este / Central Europeo)? S N D
 En caso afirmativo, lado de la madre, el equipo de padre, ambos

¿Alguien en su familia se a hecho el examen genético de síndrome de cáncer hereditario? S N D
 En caso afirmativo, ¿qué pruebas genéticas? _____ ¿Quién tubo la prueba? _____
 ¿Cuáles fueron los resultados? _____

**** Si es así, PORFAVOR de traer los resultados del examen del miembro de la familia con usted a la cita, esto puede ayudar a determinar sus riesgos.****

Al completar la sección de abajo (siguiente página):

- Por favor, incluya TODOS LOS PARIENTES DE SANGRE si tienen o no han tenido cáncer.
- Si no hay suficiente espacio para todos los familiares para ser listados, por favor escriba las respuestas en una hoja de papel por separado.
- Por favor, consulte a otros miembros de la familia, si es necesario, para aumentar la exactitud de esta información.
- Si no se conocen las edades exactas, por favor proporcione su mejor estimación.

USTED, SUS PADRES Y ABUELOS

Nombre	Vivo (V)/ Fallecido (F)	Edad actual / Edad de Muerte	Afectado con cáncer?	Edad en el diagnósti co de cáncer	Ubicación del Cáncer (mama, pulmón, etc.)	Patología (si se conoce) (adenomatosa, papilar, etc.)
<i>Ejemplo: Usted</i>	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	40	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	35	Colon	Adenomatosa
Usted	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Tu Madre	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Tu Padre	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
La madre de tu madre	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
El padre de su madre	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
La madre de su padre	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
El padre de su padre	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			

SUS HERMANOS Y HERMANAS

Nombre	Vivo (V)/ Fallecido (F)	Edad actual / Edad de Muerte	Afectado s con cáncer?	Edad en el diagnósti co de cáncer	Localización de cáncer (mama, pulmón, etc.)	Patología
Hermana 1	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hermana 2	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hermana 3	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hermana 4	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hermano 1	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hermano 2	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hermano 3	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hermano 4	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			

Sus HIJOS						
Hija 1	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hija 2	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hija 3	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hija 4	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hijo 1	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hijo 2	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hijo 3	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hijo 4	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			

SUS TIAS Y TIOS (DEL LADO DE SU MAMA)						
Nombre	Vivo (V)/ Fallecido (F)	Edad actual / Edad de Muerte	Afectado s con cáncer?	Edad en el diagnósti co de cáncer	Localización de cáncer (mama, pulmón, etc.)	Patología
La hermana de la madre 1	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
La hermana de la madre 2	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
La hermana de la madre 3	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
La hermana de la madre 4	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
El hermano de la madre 1	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
El hermano de la madre 2	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
El hermano de la madre 3	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
El hermano de la madre 4	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			

PARENTES ADICIONALES

Nombre: Nombre de los padres: Relación con usted:	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Nombre: Nombre de los padres: Relación con usted:	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Nombre: Nombre de los padres: Relación con usted:	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Nombre: Nombre de los padres: Relación con usted:	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Nombre: Nombre de los padres: Relación con usted:	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Nombre: Nombre de los padres: Relación con usted:	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				

Notas adicionales:

Su firma a continuación confirma que la información presentada anteriormente es verdadera y correcta según su conocimiento, y que usted es el paciente o tutor legal.

Paciente o tutor legal (imprimir): _____

*Paciente o tutor legal (Firma): _____ Fecha: _____

*(Si lo envía electrónicamente: al imprimir su nombre en esta línea, se considera su firma en este formulario)