

CUESTIONARIO DE HISTORIA FAMILIAR

Este formulario puede enviarse electrónicamente con los siguientes requisitos:

1. Estás conectado a Internet
2. Descargue este PDF a su computadora
3. Abrir en Adobe Reader (No incrustado en el navegador web)
4. Después de hacer clic en Enviar, se le preguntará si el documento está intentando para acceder a este archivo en su computadora, seleccione Allow.
5. Cuando se le solicite que continúe con el inicio del archivo, seleccione Yes.

En Inglés

1. You are connected to the Internet
2. Download this PDF to your computer
3. Open in Adobe Reader (Not embedded in Web-Browser)
4. After clicking Submit, you will prompted that the document is trying to access this file on your computer, select Allow.
5. When prompted to continue with launching the file, Select Yes.



**211 SOUTH MAIN STREET
ORANGE, CALIFORNIA 92868
PHONE: (714) 288-3500
FAX: (714) 288-3510**

CUESTIONARIO DE HISTORIA FAMILIAR

Completando este cuestionario nos ayudará a determinar el riesgo de una predisposición hereditaria de cáncer en su familia.

Por favor, conteste estas preguntas lo más completamente posible. Si no está seguro acerca de cualquier información, favor de escribir en su mejor conjetura o escribir desconocido.

- Los nombres de los miembros de la familia se utilizan únicamente como referencia. Esta información no será utilizada para contactar a sus familiares.

Si tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con nuestra oficina al 714-288-3500. Envíe por fax el cuestionario completado al 714-288-3510, también puede dejar o enviar por correo su cuestionario al Genetics Center al menos 2 días antes de su cita.

HISTORIA PERSONAL

Nombre: _____
nombre apellido Nombre de soltera (si corresponde)

Fecha de nacimiento: _____
(mes-día-año)

¿Cómo calificaría su preocupación por el desarrollo de cáncer (o un segundo cáncer)?

1 2 3 4 5 (1 = ninguna preocupación, y 5 = extremadamente preocupado)

¿Qué preocupaciones le gustaría discutir en la cita?

Alguna vez ha sido diagnosticada/o con cáncer? Sí No Desconocido

En caso afirmativo, qué tipo(s) y a qué edad(es) se le diagnosticó?

| Edad al diagnóstico | ubicación del cáncer | Patología (Tipo de Cáncer) | Tratamiento |
|---------------------|----------------------|----------------------------|--|
| <i>ejemplo: 45</i> | <i>pecho</i> | <i>Carcinoma lobular</i> | <i>La quimioterapia, la tumorectomía</i> |
| | | | |
| | | | |

¿Qué preocupaciones tiene usted con respecto a su salud en general?

Historia Medica

Usted fuma o usa productos de tabaco:

- Actual, todos los días Actual, algunas días
 Anterior fumador Fuerte fumador de tabaco
 Ligero fumador de tabaco Nunca

En caso afirmativo, qué es lo que utiliza y cuánto?

¿Usted Toma bebidas alcohólicas? S N

En caso afirmativo, con que frecuencia?

Ha tenido alguna exposición a sustancias químicas?

S N

En caso afirmativo, en qué?

Utiliza otras drogas recreativas? S N

En caso afirmativo, qué es lo que utiliza y con qué frecuencia?

Alguna vez ha sido diagnosticado con una condición de salud mental? S N

HISTORIA DE PRUEBA DE DETECCION
Solo Mujeres

la edad del primer periodo _____ Edad al primer parto en vivo _____ (si es aplicable)

 ¿Alguna vez has utilizado anticonceptivos orales? S N D En caso afirmativo, cuántos años? _____
 Entre qué edades? _____

 ¿Ya has pasado por la menopausia? S N D En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____

 ¿Ha tomado la terapia de reemplazo hormonal? S N D En caso afirmativo, ¿cuántos años? _____

 ¿Ha tenido biopsias del seno? S N D En caso afirmativo, ¿cuántos? _____
 En caso afirmativo, ¿a qué edad (es)? _____
 Se mostro hiperplasia atípica? S N D
 En caso afirmativo? DCIS or LCIS

 ¿Ha tenido una histerectomía (removimiento del útero)? S N D En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
 Motivo: _____

 ¿Ha tenido una ooforectomía (removimiento de los ovarios)? S N D En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
derecho izquierda Bilateral
 Motivo: _____

| Examen del Seno | más Reciente | Con Qué Frecuencia | Edad inicio | Resultados/Comentarios |
|-----------------------------|---------------------|---------------------------|--------------------|-------------------------------|
| Auto examen del seno | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Examen clínico de los senos | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Mamograma | _____ | _____ | _____ | _____ |

| Examen ginecologico | más Reciente | Con Qué Frecuencia | Edad inicio | Resultados/Comentarios |
|----------------------------|---------------------|---------------------------|--------------------|-------------------------------|
| Papanicolaou | _____ | _____ | _____ | _____ |
| prueba de sangre CA 125 | _____ | _____ | _____ | _____ |
| ultrasonido transvaginal | _____ | _____ | _____ | _____ |

Solo Hombres

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

 Have you had a transurethral resection of the prostate (TURP)? S N D En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
 Motivo: _____

| Examen de próstata | más Reciente | Con Qué Frecuencia | Edad a inicio | Resultados/Comentarios |
|---------------------------|---------------------|---------------------------|----------------------|-------------------------------|
| Examen digital del recto | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Análisis de sangre PSA | _____ | _____ | _____ | _____ |

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? _____

| Chequeo GI | más Reciente | Con Qué Frecuencia | Edad a inicio | Resultados/Comentarios |
|-------------------|---------------------|---------------------------|----------------------|-------------------------------|
| Colonoscopia | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Sigmoidoscopia | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Endoscopia | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Enema de bario | _____ | _____ | _____ | _____ |

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:

- 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 | | | |

SUS TIAS Y TIOS (DEL LADO DE SU PAPA)

| | | | | | | |
|-------------------------|---|--|---|--|--|--|
| Hermana del padre 1: | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | | | |
| Hermana del padre 2: | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | | | |
| Hermana del padre 3: | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | | | |
| Hermana del padre 4: | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | | | |
| El hermano del padre 1: | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | | | |
| El hermano del padre 2: | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | | | |
| El hermano del padre 3: | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | | | |
| Hermana del padre 1: | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | | | |

