

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 usted o algún miembro de su familia es transgénero o no binario, anote en la última página para que podamos evaluar los órganos en riesgo de cáncer.

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: _____ Sexo al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenina ☐ Otra
(mes-día-año)

Alguna vez ha sido diagnosticada/o con cáncer? ☐ Si ☐ 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>

HISTORIA DE PRUEBA DE DETECCIÓN

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: _____

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 diagnóstico de cáncer	Ubicación del Cáncer (mama, pulmón, etc.)	Patología (si se conoce) (adenomatosa, papilar, etc.)
<i>Ejemplo: Usted</i>	☐ V ☐ F	40	☐ S ☐ N	35	Colon	Adenomatosa
Su Madre	☐ V ☐ F		☐ S ☐ N			
Su Padre	☐ V ☐ F		☐ S ☐ N			
La madre de su madre	☐ V ☐ F		☐ S ☐ N			
El padre de su madre	☐ V ☐ F		☐ S ☐ N			
La madre de su padre	☐ V ☐ F		☐ S ☐ N			
El padre de su padre	☐ V ☐ F		☐ S ☐ N			

SUS HERMANOS Y HERMANAS

[illegible]

SUS HIJOS

[illegible]

SUS TIAS Y TIOS (DEL LADO DE SU MAMA)

[illegible]

SUS TIAS Y TIOS (DEL LADO DE SU PAPA)

[illegible]

SOBRINOS Y SOBRINAS (HIJOS DE SUS HERMANOS Y HERMANAS)

[illegible]

PRIMOS (HIJOS DE LOS HERMANOS Y HERMANAS DE SU MAMA)	
--	--

[illegible]

PRIMOS (HIJOS DE LOS HERMANOS Y HERMANAS DE SU PAPA)	
--	--

[illegible]

PARIENTES ADICIONALES							
Otros familiares	Sexo al nacer	Vivo (V)/ Fallecido (F)	Edad actual / Edad de Muerte	Afectado con cáncer?	Edad en el diagnóstico de cáncer	Ubicación del Cáncer (mama, pulmón, etc.)	Patología (si se conoce) (adenomatosa, papilar, etc.)
Nombre: Nombre del p(m)adre: Relación con usted:	M F	☐ V ☐ F		☐ S ☐ N			
Nombre: Nombre del p(m)adre: Relación con usted:	M F	☐ V ☐ F		☐ S ☐ N			
Nombre: Nombre del p(m)adre: Relación con usted:	M F	☐ V ☐ F		☐ S ☐ N			
Nombre: Nombre del p(m)adre: Relación con usted:	M F	☐ V ☐ F		☐ S ☐ N			
Nombre: Nombre del p(m)adre: Relación con usted:	M F	☐ V ☐ F		☐ S ☐ N			
Nombre: Nombre del p(m)adre: Relación con usted:	M F	☐ V ☐ F		☐ S ☐ 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)