

Cuestionario sobre antecedentes familiares de cáncer

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	Edad
Sexo (M/F)	Fecha de hoy (MM/DD/AA)	Proveedor de atención médica	

Sus antecedentes personales o familiares de cáncer son importantes para brindarle la mejor atención posible

Marque "Sí" o "No" a continuación según usted tenga antecedentes personales o familiares de alguno de los siguientes tipos de cáncer.

En caso afirmativo, indique parentesco y edad al momento del diagnóstico en la columna correspondiente.

Incluya a ambos lados de su familia e indique cada miembro de forma independiente: Padres, hijos, hermanos, hermanas, abuelos, tíos, tías, sobrinas, sobrinos y medio hermanos.

Antecedentes personales o familiares ¿Le han diagnosticado a usted o a uno de sus familiares alguno de los siguientes?	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> O	USTED	HERMANOS/ HIJOS	POR PARTE DE SU MADRE	POR PARTE DE SU PADRE
		Familia	Familiar y edad	Familiar y edad	Familiar y edad
EJEMPLO: Cáncer de mama	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> O	Edad 49	Hermana, 50 Hija, 33	Tía N.º 1, 67 Tía N.º 2, 45	Abuela, 84
Cáncer de mama a los 49 años de edad o antes	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> O				
2 o más casos independientes de cáncer de mama en una persona, uno a los 50 años de edad o antes	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> O				
2 o más personas en mi familia (<i>incluyéndome</i>) con cáncer de mama, uno a los 50 años de edad o antes	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> O				
Cáncer de ovario (peritoneal/trompas de Falopio) a cualquier edad	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> O				
Cáncer de mama triple negativo a los 60 años de edad o antes (Receptor Estrógeno Negativo, Receptor de Progesterona Negativo, Patología HER2 Negativo)	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> O				
3 o más casos de cáncer en el mismo lado de la familia a cualquier edad: cáncer de páncreas, cáncer de mama, o cáncer agresivo de próstata* *puntaje de Gleason ≥ 7	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> O				
Cáncer de mama en hombres a cualquier edad	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> O				
Ascendencia judía asquenazi con cáncer de mama o de páncreas a cualquier edad.	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> O				
Cáncer de páncreas o cáncer agresivo de próstata y un familiar con cáncer de mama a los 50 años de edad o antes	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> O				

Cáncer de colon/recto o cáncer de endometrio (útero) antes de los 50 años	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> O				
Antecedentes personales de cáncer de endometrio (útero) a cualquier edad**	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> O				
DOS personas en mi familia (<i>incluyéndome</i>): al menos 1 con cáncer de colon/recto o cáncer de endometrio (útero) a cualquier edad Y TAMBIÉN 1 que recibió un diagnóstico de cáncer asociado al síndrome de Lynch* antes de los 50 años de edad	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> O				
TRES O MÁS personas en mi familia (<i>incluyéndome</i>) con un cáncer asociado al síndrome de Lynch* a cualquier edad, con al menos 1 de tipo colorrectal o cáncer de endometrio (útero)	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> O <input type="radio"/> O				

** PREMM, Puntaje $\geq 5\%$

* Los tipos de cáncer asociados al síndrome de Lynch incluyen: cáncer de colon, cáncer de endometrio (útero), cáncer de estómago, de ovario, de páncreas, de cerebro, de intestino delgado, de riñón, de aparato urinario, de vías biliares, sebáceos (glándula de la piel).

¿Alguna vez se ha hecho usted o alguno de sus familiares una prueba genética para detectar un síndrome de cáncer hereditario?

En caso afirmativo, ¿quién? _____ ¿Qué gen(es)? _____ ¿Cuál fue el resultado? _____

REVISIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CÁNCER (Para completar después de hablar con el proveedor de atención médica)

Firma del paciente	Fecha
Firma del proveedor de atención médica	Fecha

OFFICE USE ONLY: Below to be completed by your Medical Assistant

GENETIC EDUCATION PROVIDED (circle): Y N Patient watched video

Y N Test Sent

Y N Declined Testing

MEDICAL ASSISTANT SIGNATURE _____