

Cuestionario de Antecedentes Personales y Familiares

Instrucciones: Complete este formulario de la mejor manera posible **ANTES** de su cita. Recuerde anotar a **TODOS** sus familiares, tanto vivos como fallecidos, independientemente de que hayan tenido o no hayan tenido cáncer. Si no está seguro de los antecedentes de salud de algún familiar, trate de hablarlo con otro familiar antes de la cita. Además, si usted o alguno de sus familiares se ha hecho estudios genéticos, traiga a su cita una copia de los resultados.

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____

Género: _____ Sexo asignado al nacer: Masculino Femenino

No. teléfono celular: _____ No. de teléfono alternativo: _____

Ascendencia familiar de su madre (país o países de origen antes de venir a los EE. UU.):

Ascendencia familiar de su padre (país o países de origen antes de venir a los EE. UU.):

¿Tiene su familia ascendencia judía o asquenazí de Europa Central u Oriental?

Familia materna:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
Familia paterna:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro

¿Tiene su familia ascendencia hispana?

Familia materna:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
Familia paterna:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro

Haga una lista de las pruebas genéticas que usted o los miembros de su familia se hayan hecho. **Traiga a su visita una copia de los informes genéticos.**

Su cita ya ha sido programada:

Fecha: _____ Hora: _____ Consultorio: _____

TRAIGA A SU CITA ESTE FORMULARIO COMPLETADO

Sus antecedentes de salud personales

1. Su peso: _____ (libras) Su altura: _____
2. ¿Alguna vez ha tenido cáncer? SÍ NO
Si respondió SÍ, siga a continuación. Si respondió NO, pase a la siguiente pregunta.
¿Qué tipo de cáncer? _____ Edad en el momento del diagnóstico _____
¿Ha tenido algún otro tipo de cáncer? SÍ NO
Describa: _____
3. Indique cualquier otra condición genética, crecimientos benignos o precancerosos que haya tenido:

4. ¿Le han diagnosticado pólipos en el colon? SÍ NO
Edad en que le diagnosticaron el primero: _____ Cantidad total de pólipos: _____
Tipo de pólipo (si lo sabe, por ejemplo: adenoma): _____

SOLO PARA MUJERES

5. ¿A qué edad comenzó a menstruar? _____ ¿A qué edad dejó de menstruar? _____
6. Cantidad de embarazos: _____ Cantidad de nacimientos: _____ Edad al primer nacimiento: _____
7. ¿Alguna vez ha tomado terapia de reemplazo hormonal (HRT)? SÍ NO
Si respondió "SÍ": Tipo _____ (solo estrógeno o estrógeno y progesterona)
Año en que comenzó la HRT: _____ Año en que terminó la HRT: _____
8. ¿Alguna vez se hizo una biopsia de mama? SÍ NO Cantidad de biopsias: _____
¿Su biopsia detectó alguna de las estas condiciones? SÍ NO Marque aquí si no sabe
Hiperplasia atípica SÍ NO ¿Edad? _____
Carcinoma lobulillar *in situ* (LCIS) SÍ NO ¿Edad? _____
Carcinoma ductal *in situ* (DCIS) SÍ NO ¿Edad? _____
Cáncer invasivo SÍ NO ¿Edad? _____
9. ¿Le han extirpado el útero? SÍ NO Si respondió SÍ, ¿a qué edad? _____
10. ¿Le han extirpado los ovarios? SÍ NO Si respondió SÍ, ¿a qué edad? _____
¿Qué ovario le extirparon? Ambos Derecho Izquierdo

Antecedentes de salud de su familia

ANOTE A TODOS SUS FAMILIARES, INCLUSO AQUELLOS SIN CÁNCER

Si es necesario, puede incluir familiares adicionales en una hoja parte. Si tiene conocimiento, anote todas las parientas a las que se le hayan extirpado el útero y/o los ovarios.

Incluya una copia de los resultados de cualquier prueba genética.

Sus hijos					
Nombre	Sexo asignado al nacer	Edad actual	Edad, si falleció	Tipo de cáncer	Edad al diagnóstico
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				

Sus nietos y nietas						
Nombre	Padre o madre (Ej.: hijo de Juan)	Sexo asignado al nacer	Edad actual	Edad, si falleció	Tipo de cáncer	Edad al diagnóstico
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				

Sus hermanos y hermanas						
Nombre	¿Hermano o medio hermano?	Sexo asignado al nacer	Edad actual	Edad, si falleció	Tipo de cáncer	Edad al diagnóstico
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				

Sus sobrinas y sobrinos						
Nombre	Padre o madre (Ej.: Mi hermana María)	Sexo asignado al nacer	Edad actual	Edad, si falleció	Tipo de cáncer	Edad al diagnóstico
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				

Su madre y los padres de su madre					
Familiar	Nombre	Edad actual	Edad, si falleció	Tipo de cáncer	Edad al diagnóstico
Madre					
Madre de su madre					
Padre de su madre					

Hermanos y hermanas de su madre						
Nombre	¿Hermano o medio hermano?	Sexo asignado al nacer	Edad actual	Edad, si falleció	Tipo de cáncer	Edad al diagnóstico
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				

Hijos de los hermanos y hermanas de su madre						
Nombre	Padre o madre (Ej.: Tío Juan)	Sexo asignado al nacer	Edad actual	Edad, si falleció	Tipo de cáncer	Edad al diagnóstico
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				

Su padre y los padres de su padre					
Familiar	Nombre	Edad actual	Edad, si falleció	Tipo de cáncer	Edad al diagnóstico
Padre					
Madre de su padre					
Padre de su padre					

Hermanos y hermanas de su padre						
Nombre	¿Hermano o medio hermano?	Sexo asignado al nacer	Edad actual	Edad, si falleció	Tipo de cáncer	Edad al diagnóstico
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
	<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Misma madre <input type="checkbox"/> Mismo padre	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				

Hijos de los hermanos y hermanas de su padre						
Nombre	Padre o madre (Ej.: Tío Juan)	Sexo asignado al nacer	Edad actual	Edad, si falleció	Tipo de cáncer	Edad al diagnóstico
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				

Autorización para divulgar los resultados de mi consulta genética y pruebas genéticas

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a Texas Oncology a divulgar las notas de mi consulta genética y los resultados de mis pruebas genéticas a los siguientes médicos, familiares y personas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

La presente autorización es válida hasta que se retire el permiso o en la siguiente fecha específica:

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Firma del paciente o de la persona legalmente autorizada

Fecha

Nombre en letra de imprenta, si firma en nombre del paciente

Relación o parentesco con el paciente