

## Programa de Evaluación y Prueba de Riesgos Genéticos

### Cuestionario de Antecedentes Personales y Familiares

**INSTRUCCIONES:** Por favor complete este formulario de la mejor manera posible **ANTES** de su cita. Por favor recuerde anotar a **TODOS** los familiares, tanto en vida como fallecidos, independientemente de que hayan tenido cáncer o no. Si no está seguro con respecto a los antecedentes de salud de un familiar, trate de discutir sobre este tema con un familiar antes de la cita. Además, si alguno de sus familiares se hizo pruebas genéticas, por favor lleve a su cita una copia de los resultados de esos estudios.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Sexo: Femenino / Masculino  
 Médico en Texas Oncology: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Profesional de atención médica que refiere al paciente: \_\_\_\_\_ Médico de cabecera: \_\_\_\_\_  
 Raza: \_\_\_\_\_

Ascendencia de la familia de su madre (país(es) de origen antes de EE. UU.): \_\_\_\_\_

Ascendencia de la familia de su padre (país(es) de origen antes de EE. UU.): \_\_\_\_\_

¿Existe en su familia ascendencia judía de Europa Central u Oriental, o judía askenazí? (Encierre en un círculo su respuesta)

Familia materna:	Sí	No	No está seguro(a)
Familia paterna:	Sí	No	No está seguro(a)

**Anote cualquier prueba genética a la que usted o sus familiares se hayan sometido, y consiga una copia del informe genético antes de su visita:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Su cita ha sido programada para el:**

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_ **Consultorio:** \_\_\_\_\_

**LLEVE ESTE PAQUETE COMPLETADO A SU CITA**

**Programa de Evaluación y Prueba de Riesgos Genéticos**  
**Cuestionario de Antecedentes Personales y Familiares**

**Antecedentes Personales de Salud**

- Peso: \_\_\_\_\_(libras) Altura: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha tenido cáncer?    **SÍ**    **NO**    *Si su respuesta es afirmativa, continúe abajo. Si es negativa, pase a la siguiente pregunta.*  
 Edad al momento del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Estadio del cáncer, si lo conoce: \_\_\_\_\_  
 ¿Qué tipo de cáncer se le diagnosticó en esa fecha?  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Qué tratamientos recibió contra ese tipo de cáncer? (cirugía, radiación, radiación de la pared torácica, quimioterapia, hormonal): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Ha padecido algún otro tipo de cáncer?    **SÍ**    **NO**  
 Por favor, descríballo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Anote cualquier otro padecimiento genético o neoplasia benigna o precancerosa que haya tenido: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Antecedentes de detección de cáncer:

<b>Prueba de detección</b>	<b>Fecha de la prueba más reciente</b>	<b>Resultados de la prueba más reciente</b>	<b>Edad a la primera prueba</b>	<b>¿Con qué frecuencia se realiza esta prueba?</b>	<b>Comentarios</b>
<b>Mujeres:</b>					
Autoexploración de las mamas					
Exploración clínica de las mamas					
Mamografías					
Resonancia magnética de las mamas					
Papanicolaou					
CA-125					
Ecografía transvaginal					
<b>Hombres:</b>					
Examen rectal digital					
Análisis de sangre de APE					
<b>Hombres y mujeres:</b>					
Pruebas cutáneas					
Colonoscopia					
Sigmoidoscopia:					
Endoscopia superior (EGD)					
Endoscopia capsular					
CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica)					
Enema de bario					
Prueba de sangre oculta en heces					
Otra/Notas:					

**Programa de Evaluación y Prueba de Riesgos Genéticos**  
**Cuestionario de Antecedentes Personales y Familiares**

5. ¿Se le han diagnosticado pólipos en el colon? SÍ NO  
 Edad al momento del primer pólipo en el colon \_\_\_\_\_ Número total de pólipos en el colon \_\_\_\_\_  
 Tipo de pólipo (si lo conoce) \_\_\_\_\_
6. ¿Ha fumado alguna vez? SÍ NO Si su respuesta es afirmativa, ¿cuántos paquetes al día? \_\_\_\_\_  
 ¿Por cuántos años? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad comenzó a fumar? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad dejó de fumar? \_\_\_\_\_
7. ¿Consumo bebidas alcohólicas? SÍ NO Si su respuesta es afirmativa, ¿cuántas bebidas a la semana? \_\_\_\_\_
8. **Mujeres:**
- ¿A qué edad comenzó a menstruar? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad dejó de menstruar? \_\_\_\_\_
  - ¿Por qué dejó de menstruar? Encierre en un círculo su respuesta:  
 Tratamiento quirúrgico/contra el cáncer /Menopausia/Otra razón: \_\_\_\_\_
  - # de embarazos \_\_\_\_\_ # de partos \_\_\_\_\_ Número de abortos espontáneos o inducidos \_\_\_\_\_
  - ¿A qué edad tuvo a su primer hijo? \_\_\_\_\_ ¿Lo amamantó durante más de 1 mes? SÍ NO
  - ¿Hubo complicaciones durante su embarazo? \_\_\_\_\_ ¿Cesáreas? \_\_\_\_\_
  - ¿Antecedentes de anormalidades en sus pruebas de Papanicolaou? SÍ NO  
 Si su respuesta es afirmativa, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_
  - ¿Alguna vez se ha sometido a una terapia de reemplazo hormonal (TRH)? SÍ NO  
 Si su respuesta es afirmativa: Tipo \_\_\_\_\_ (¿estrógeno o estrógeno y progesterona?)  
 Año en que comenzó su TRH: \_\_\_\_\_ Año en que suspendió su TRH: \_\_\_\_\_
  - ¿Alguna vez ha tomado anticonceptivos orales? SÍ NO Total de años que los tomó: \_\_\_\_\_  
 ¿A qué edad comenzó a tomar anticonceptivos orales? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad dejó de tomarlos? \_\_\_\_\_  
 ¿Los tomó en forma continua durante ese período? SÍ NO
  - ¿Alguna vez tomó medicamentos para aumentar la fertilidad? SÍ NO
  - ¿Alguna vez le han realizado una biopsia de mama? SÍ NO # de biopsias \_\_\_\_\_  
 ¿Su biopsia mostró alguno de los siguientes? Marque aquí si no lo sabe \_\_\_\_\_
- |                                     |    |    |              |         |   |
|-------------------------------------|----|----|--------------|---------|---|
| Hiperplasia atípica                 | SÍ | NO | ¿Edad? _____ | Lado: I | D |
| Carcinoma lobulillar in situ (CLIS) | SÍ | NO | ¿Edad? _____ | Lado: I | D |
| Carcinoma ductal in situ (CDIS)     | SÍ | NO | ¿Edad? _____ | Lado: I | D |
| Carcinoma invasor                   | SÍ | NO | ¿Edad? _____ | Lado: I | D |
- ¿Se ha sometido a una histerectomía (extirpación quirúrgica del útero)? SÍ NO  
 ¿Por qué se le realizó la histerectomía? \_\_\_\_\_ ¿Qué edad tenía? \_\_\_\_\_
  - ¿Se ha sometido a una ovariectomía (extirpación quirúrgica de los ovarios)? SÍ NO  
 ¿Cuántos ovarios le extirparon? Los dos ovarios El ovario derecho El ovario izquierdo  
 ¿Por qué se le realizó la ovariectomía? \_\_\_\_\_ ¿Qué edad tenía? \_\_\_\_\_

**Programa de Evaluación y Prueba de Riesgos Genéticos**  
**Cuestionario de Antecedentes Personales y Familiares**

9. ¿Tiene alguna alergia? \_\_\_\_\_

10. Anote a todos los profesionales de la salud que le atiendan:

Nombre del profesional de la salud	Especialidad

11. Anote todas sus cirugías y el año en el que se le realizaron y/o su edad en esa oportunidad:

Cirugía	Año de la cirugía/Edad

12. Anote todos sus antecedentes personales patológicos (como diabetes, hipertensión, depresión, enfermedad de la tiroides):

Padecimiento	Año de diagnóstico/Edad

13. Anote todos sus medicamentos:

Medicamento	Dosis	Frecuencia



**Programa de Evaluación y Prueba de Riesgos Genéticos**  
**Cuestionario de Antecedentes Personales y Familiares**

**Sus hermanos y hermanas: (Anótelos a todos, incluso si no tienen cáncer)**

Nombre	¿Hermanos biparentales o medios hermanos?	Sexo	Edad	Edad de defunción	Tipo de cáncer	Edad al momento del diagnóstico	Neoplasia benigna o precancerosa
	<input type="checkbox"/> Biparental <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) mat. <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) pat.	M / F					
	<input type="checkbox"/> Biparental <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) mat. <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) pat.	M / F					
	<input type="checkbox"/> Biparental <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) mat. <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) pat.	M / F					
	<input type="checkbox"/> Biparental <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) mat. <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) pat.	M / F					
	<input type="checkbox"/> Biparental <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) mat. <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) pat.	M / F					
	<input type="checkbox"/> Biparental <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) mat. <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) pat.	M / F					
	<input type="checkbox"/> Biparental <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) mat. <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) pat.	M / F					
	<input type="checkbox"/> Biparental <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) mat. <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) pat.	M / F					
	<input type="checkbox"/> Biparental <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) mat. <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) pat.	M / F					
	<input type="checkbox"/> Biparental <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) mat. <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) pat.	M / F					
	<input type="checkbox"/> Biparental <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) mat. <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) pat.	M / F					
	<input type="checkbox"/> Biparental <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) mat. <input type="checkbox"/> ½ hermano(a) pat.	M / F					

**Sus sobrinas y sobrinos: (Anótelos a todos, incluso si no tienen cáncer)**

Nombre	Padre o madre (Hermana María)	Sexo	Edad	Edad de defunción	Tipo de cáncer	Edad al momento del diagnóstico	Neoplasia benigna o precancerosa
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					



Programa de Evaluación y Prueba de Riesgos Genéticos

**Su madre y sus abuelos maternos (Anótelos a todos, incluso si no tienen cáncer)**

Familiar	Nombre	Edad	Edad de defunción	Tipo de cáncer	Edad al momento del diagnóstico	Neoplasia benigna o precancerosa
Madre						
La madre de su madre						
El padre de su madre						

**Tías y tíos por el lado de su MADRE (Anótelos a todos, incluso si no tienen cáncer)**

Nombre	Sexo	Edad	Edad de defunción	Tipo de cáncer	Edad al momento del diagnóstico	Neoplasia benigna o precancerosa
	M / F					
	M / F					
	M / F					
	M / F					
	M / F					
	M / F					
	M / F					
	M / F					
	M / F					

**Primos(as) por el lado de su MADRE (Anótelos a todos, incluso si no tienen cáncer)**

Nombre	Padre o madre (Tío José)	Sexo	Edad	Edad de defunción	Tipo de cáncer	Edad al momento del diagnóstico	Neoplasia benigna o precancerosa
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					



Programa de Evaluación y Prueba de Riesgos Genéticos

**Su padre y sus abuelos paternos (Anótelos a todos, incluso si no tienen cáncer)**

Familiar	Nombre	Edad	Edad de defunción	Tipo de cáncer	Edad al momento del diagnóstico	Neoplasia benigna o precancerosa
Padre						
La madre de su padre						
El padre de su padre						

**Tías y tíos por el lado de su PADRE (Anótelos a todos, incluso si no tienen cáncer)**

Nombre	Sexo	Edad	Edad de defunción	Tipo de cáncer	Edad al momento del diagnóstico	Neoplasia benigna o precancerosa
	M / F					
	M / F					
	M / F					
	M / F					
	M / F					
	M / F					
	M / F					
	M / F					
	M / F					
	M / F					

**Primos(as) por el lado de su PADRE (Anótelos a todos, incluso si no tienen cáncer)**

Nombre	Padre o madre (Tío José)	Sexo	Edad	Edad de defunción	Tipo de cáncer	Edad al momento del diagnóstico	Neoplasia benigna o precancerosa
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					
		M / F					



Programa de Evaluación y Prueba de Riesgos Genéticos

Autorización para la divulgación de mi consulta genética y los resultados de mis pruebas genéticas

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Esta Autorización vencerá un año después de la fecha de su firma, a menos que aquí se indique lo contrario:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de la persona con autorización legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre (con letra de imprenta) de la persona que firma en representación del paciente

\_\_\_\_\_  
Parentesco (tutor, padre/madre, etc.)