

Está comprometida con su salud
y la prevención del cáncer.
Para brindarle un mejor servicio,
necesitamos una historia detallada
del cáncer familiar y personal.
Por favor, rellene el reverso de este formulario.

Si usted llena esta dentro de los
últimos 6 meses y nada ha cambiado
que no es necesario que lo llene de nuevo.
Sólo tienes que firmar e indicar en el formulario.

¡Gracias!



Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Indicar en la forma siguiente si hay una historia personal o familiar de algún cáncer. Por favor indicar el parentesco y edad de la persona al recibir el diagnóstico de cáncer en la columna. Considerar los padres, niños, hermanos, abuelos, tíos, y primos.

Ejemplo:		Cáncer colorectal	Usted	Hermanos / Niños	Familia Materna	Familia Paterna
Sí	No	Cáncer de mama (seno)				
Sí	No	Cáncer de ovario				
Sí	No	¿Tiene usted ascendencia judía Ashkenazi?				
Sí	No	Cáncer de la matriz o del endometrio				
Sí	No	Cáncer colorectal				
Sí	No	Más de 10 pólipos de colon en la vida				
Sí	No	Cáncer de próstata				
Sí	No	Cáncer pancreático				
Sí	No	Melanoma				
Sí	No	Otros tipos de cáncer				

INFORMACIÓN PARA EL MODELO DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA

Su altura actual (pies/pulgadas) _____ ¿Recibió alguna vez terapia de reemplazo hormonal? Sí No

Su peso actual (libras) _____ En caso afirmativo, de qué tipo: Combinada Solo estrógenos Solo progesterona No sabe

Su estado menopáusico: Premenopáusico Perimenopáusico (tiempo anterior a la menopausia caracterizado por ciclos irregulares) Posmenopáusico (cese permanente de la menstruación durante 12 meses o más)

Edad de inicio _____ ¿Recibe actualmente: Sí No ¿Hace cuantos años comenzó? _____

Edad a la primera menstruación _____ ¿Recibió en el pasado: Sí No ¿Por cuántos años más piensa recibirla? _____

Edad al primer nacimiento de recién nacido vivo: _____ ¿Alguna vez le realizaron una biopsia mamaria? Sí No ¿Hace cuantos años dejó de recibirla? _____

En caso afirmativo, ¿sabe el diagnóstico? _____

Número de hijas _____

Número de hermanas _____

Número de tías por parte materna (hermanas de su madre) _____

Número de tías por parte paterna (hermanas de su padre) _____

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY:

Patient meets guidelines for testing: YES NO CLINICIAN SIGNATURE: _____

IF YES: ACCEPTED DECLINED If Declined: Counseling Provided and Patient Signed: _____

HEREDITARY BREAST AND OVARIAN CANCER (HBOC): PERSONAL or FAMILY History

ONE person with (out to 2nd degree):

- *Breast Cancer under 50
- *Ovarian Cancer any age
- *Pancreatic Cancer any age
- *Metastatic Prostate Cancer any age
- *Triple Negative Breast Cancer under 60
- *Male Breast Cancer any age
- *Breast Cancer any age and Ashkenazi
- *Pancreatic Cancer any age and Ashkenazi

TWO persons with (out to 3rd degree):

- *Breast Ca, 1 under 50
- *Breast Ca and Ovarian Ca any age

THREE persons with (out to 3rd degree):

- *Breast and/or Pancreatic and/or Ovarian and/or Prostate (Gleason > 6) any age

LYNCH SYNDROME: Personal or Family History**

ONE person with (out to 2nd degree):

- *Endometrial Cancer under 50
- *Colon Cancer under 50

TWO persons with (out to 2nd degree):

- *Endo or Colon Ca over 50 and a Lynch cancer < 50

THREE persons with (out to 3rd degree):

- *Lynch cancers, 1 being Endo or Colon, any age

FAP/AFAP: Personal or Family History

ONE person with (out to 2nd degree):

- *10 or more colon polyps in a lifetime

- **Lynch cancers: Endo, CRC, Ovarian, Stomach, Brain, Pancreas, Small Bowel, Biliary Tract, Ureter/Renal Pelvis, Sebaceous Adenoma

1st degree: parents, siblings, children. 2nd degree: grandparents, aunts/uncles, nieces/nephews, ½ siblings. 3rd degree: great grandparents, great aunts/uncles, 1st cousins.