

Programa de Clinical Cancer Genetics

Cuestionario de evaluación de riesgo genético

Para evaluar el riesgo del cáncer hereditario en su familia, debemos revisar su historia médica familiar, especialmente la historia de cáncer. La primera parte del cuestionario es acerca de su historia médica personal y la segunda parte es acerca de la historia familiar. Si usted no está seguro acerca de alguna información, conteste lo mejor que pueda o escriba “Desconocido”. Usted puede rehusarse a contestar una o todas las preguntas en este momento o en cualquier momento del futuro.

- Por favor, intente reunir la mayor cantidad de información posible acerca de su familia antes de su cita. Hemos incluido un documento llamado “*Gathering Information for a Cancer-focused Family History*” para ayudarle con este proceso. Incluya información únicamente sobre los parientes consanguíneos, aunque hayan fallecido. Es posible que tenga que contactar a otros familiares para obtener información o detalles adicionales. Por favor, conteste según su mejor saber y entender.
- No usaremos la información que usted nos brinda para contactar a sus familiares. Los nombres de sus familiares se usan únicamente como referencia y para reducir las posibilidades de error.
- Si historia personal y familiar se archivarán en un banco de datos confidencial y computarizado.
- Es posible que le contacten en el futuro acerca de estudios diseñados para aquellos que tienen un riesgo más alto de contraer el cáncer. Usted puede rehusarse a participar en cualquier momento.
- Después de completar el cuestionario, usted puede hacer una copia para sus archivos.
- Si tiene alguna pregunta, contacte nuestra oficina al (480) 256-3642.

Por favor, marque con un círculo:

Doy mi permiso/No doy mi permiso para compartir la información acerca de la historia familiar con otros familiares que estén en contacto con el Programa de Clinical Cancer Genetics.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____



EVALUACIÓN DE RIESGO GENÉTICO – Historia personal

Marque con una X el espacio correspondiente a la categoría que sea la más cercana a la realidad o complete según las indicaciones. Por favor, marque con un círculo S (sí), N (no) o D (desconocido).

INFORMACIÓN DE ORIGEN

Nombre _____ (_____) **Fecha** _____

Nombre _____ Apellido _____ de soltera _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ **Ocupación** _____

Estado civil Soltero/divorciado ____ Viudo ____ Casado/en pareja ____ Nombre del cónyuge/pareja _____ Edad ____

Marque el origen étnico/racial que mejor le describe a usted, a su padre y a su madre. (Marque todos los que correspondan)

Usted Madre Padre Países de origen (por ejemplo, Inglaterra, Nigeria, México, Taiwán)

____ ____ ____ Blanco/caucásico Lado materno: _____

____ ____ ____ Negro o afro-americano Lado paterno: _____

____ ____ ____ Nativo americano/Islas Aleutianas/Esquimal

____ ____ ____ Asiático

____ ____ ____ Hispano o latino

____ ____ ____ Otro _____

____ ____ ____ Desconocido

¿Es usted o son sus padres de origen judío Asquenazí

(Europa Central o del Este)? S N D

Religión _____

HISTORIA MEDICA GENERAL

¿Cómo es su salud en general? _____

¿Alguna vez le diagnosticaron con cáncer? Y N U Si contesto que sí, ¿qué tipo(s) y a qué edad le diagnosticaron?

<u>Edad</u>	<u>Tipo de cáncer</u>	<u>Tratamiento (Marque todos los que correspondan)</u>
_____	_____	Cirugía Quimioterapia Radioterapia
_____	_____	Cirugía Quimioterapia Radioterapia
_____	_____	Cirugía Quimioterapia Radioterapia

Notas _____



Si toma medicinas diariamente o regularmente, por favor escriba una lista de estas medicinas y la razón por la cual debe tomarlas.

Medicina	Razón	Medicina	Razón
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Si ha tomado medicinas previamente durante 6 meses o más, por favor escriba una lista de estas medicinas y la razón por la cual tuvo que tomarlas.

Medicina	Razón	Medicina	Razón
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

MUJERES ÚNICAMENTE

Edad a la primera menstruación _____ Edad al dar a luz por primera vez _____ Numero de hijos _____ Numero de abortos _____

Numero de nacimientos de niños muertos _____

¿Alguna vez usó anticonceptivos orales? Y N D Si contesto sí, ¿cuántos años y a que edad? _____

¿Ha pasado la menopausia? Y N D Si contestó sí, ¿a qué edad? _____

¿Ha tomado terapia de reemplazo hormonal? Y N D Si contestó sí, ¿durante cuantos años? _____

¿Tuvo alguna biopsia de mama? S N D Si contestó sí, ¿cuántas? _____

Si contestó sí, ¿a qué edad? _____ ¿La biopsia mostró hiperplasia atípica? S N D DCIS o LCIS? S N D _____

¿Ha tenido usted una histerectomía (extirpación del útero)? S N D

Si contestó sí, ¿a qué edad? _____ Razón _____

¿Ha tenido usted una ofarectomía (extirpación de los ovarios)? S N D

Si contestó sí, ¿a qué edad? _____ Si contestó sí, ___ Derecho ___ Izquierdo ___ Profiláctica Razón _____

HOMBRES ÚNICAMENTE

¿Ha tenido usted una prostatectomía (extirpación de la próstata)? Y N D

Si contestó sí, ¿a qué edad? _____ Razón _____

¿Ha tenidos usted una resección transuretral de la próstata (TURP, en inglés)? S N D

Si contestó sí, ¿a qué edad? _____ Razón _____

HOMBRES Y MUJERES

¿Ha tenido usted una colectomía (extirpación del colon)? S N D

Si contestó sí, ¿a qué edad? ____ Si contestó sí, ____ Parcial ____ Completa ____ Desconocido Razón _____

¿Ha tenido usted una mastectomía (extirpación de las mamas)? S N D

Si contestó sí, ¿a qué edad? ____ Si contestó sí, ____ Derecha ____ Izquierda ____ Profiláctica Razón _____

¿Ha tenido usted una tiroidectomía (extirpación de la tiroides)? S N D

Si contestó sí, ¿a qué edad? ____ Razón _____

Por favor escriba cualquier otra cirugía que haya tenido: _____

¿Le ha dicho algún médico alguna vez que usted padece de cualquiera de las enfermedades siguientes?

- Hallazgos inusuales en la piel (bultos, lesiones, manchas ligeras u oscuras) S N D Describa: _____
- Enfermedad fibroquística de la mama o cualquier otro bulto no canceroso o quistes en el área de las mamas S N D Edad _____
- Pólipos en el colon S N D Edad _____ O Poliposis Familiar (colon cubierto por cientos de pólipos) S N D Edad _____
- Colitis ulcerosa S N D Edad _____
- Cualquier defecto mayor de nacimiento, enfermedades genéticas o enfermedades heredadas S N D (Incluye enfermedades como el paladar hendido o labio leporino, defectos cardiacos, pie deforme, espina bífida, von Hippel-Lindau, neurofibromatosis, esclerosis tuberosa) Si contestó que sí, especifique los tipos: _____

¿Fuma usted o usa productos de tabaco? ¿Actualmente? S N ¿Previamente? S N Si contestó sí, ¿Qué usa y cuánto? _____

¿Toma usted bebidas alcohólicas? S N Si contestó sí, ¿cuán a menudo?

____ 1-3/semana ____ 4-6/semana ____ >6/semana ____ Otro _____

¿Usa usted otras drogas ilícitas o recreativas? S N Si contestó sí, ¿qué usa y con qué frecuencia? _____

¿Alguna vez tuvo usted depresión, enfermedad bipolar o alguna otra enfermedad mental? S N _____

¿Alguna vez intentó hacerse daño? S N _____

¿Como calificaría su preocupación de desarrollar un cancer (o un segundo cancer)? 1 2 3 4 5

(1 = no preocupado, y 5 = extremadamente preocupado)

PRUEBAS DE DETECCIÓN PRECOZ

MUJERES	PRUEBAS	Más reciente	Frecuencia	Edad al comenzar	Comentarios
Mamas					
Auto	examen mamario	_____	_____	_____	_____
	Examen clínico	_____	_____	_____	_____
	Mamografía	_____	_____	_____	_____
Ginecología					
	Papanicolau/pelvico	_____	_____	_____	_____
Prueba	de sangre CA 125	_____	_____	_____	_____
	Ultrasonido transvaginal	_____	_____	_____	_____
	Otro _____	_____	_____	_____	_____
HOMBRES					
	Prueba digital rectal	_____	_____	_____	_____
	Prueba del anfégeno				
	Prostático	_____	_____	_____	_____
	Otro _____	_____	_____	_____	_____
HOMBRES Y MUJERES					
	Colonoscopia	_____	_____	_____	_____
	Sigmoidoscopia	_____	_____	_____	_____
	Endoscopia	_____	_____	_____	_____
	Enema de bario/ tracto GI inferior	_____	_____	_____	_____
	Otro _____	_____	_____	_____	_____

Notas:

EVALUACIÓN DE RIESGO GENÉTICO - Historia familiar

Sus hijos biológicos

Nombre	Sexo	Año de nacimiento o edad aproximada	Mismo padre	Fallecido	Año o edad aproximada al fallecer	Cáncer	Tipo de cáncer o salud en general	Edad al diagnóstico
	M / F		S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N	S / N / D		S / N / D		

Sus padres biológicos

Nombre	Año de nacimiento o edad aproximada	Fallecido	Año o edad aproximada al fallecer	Cáncer	Tipo de cáncer o salud en general	Edad al diagnóstico
		S / N / D		S / N / D		
		S / N / D		S / N / D		

Notas/Espacio adicional _____



Sus hermanos y hermanas biol3gicos, incluya los medio hermanos (con y sin c1ncer)

Nombre	Sexo	Año de nacimiento o edad aproximada	Mismo padre* Misma madre*	Fallecido	Año o edad aproximada al fallecer	C1ncer	Tipo de c1ncer o salud en general	Edad al diagn3stico
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		

*Misma madre y padre que usted

Notas/Espacio adicional _____



Sus sobrinas y sobrinos – hijos de sus hermanos y hermanas (con y sin cáncer)

Nombre	Sexo	Año de nacimiento o edad aproximada	Hijo de	Fallecido	Año o edad aproximada al fallecer	Cáncer	Tipo de cáncer o salud en general	Edad al diagnóstico
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		

Notas/Espacio adicional: _____

Los padres de su madre						
Nombre	Año de nacimiento o edad aproximada	Fallecido	Año o edad aproximada al fallecer	Cáncer	Tipo de cáncer o salud en general	Edad al diagnóstico
		S / N / D		S / N / D		
		S / N / D		S / N / D		

Los hermanos/as de su madre – incluya los medio hermanos (con y sin cáncer)								
Nombre	Sexo	Año de nacimiento o edad aproximada	Mismo padre* Misma madre*	Fallecido	Año o edad aproximada al fallecer	Cáncer	Tipo de cáncer o salud en general	Edad al diagnóstico
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		
	M / F		S / N S / N	S / N / D		S / N / D		

*Misma madre y padre que su madre

Notas/Espacio adicional: _____



Sus sobrinos del lado materno – hijos de sus tíos o tías maternos (con y sin cáncer)

Nombre	Sexo	Año de nacimiento o edad aproximada	Hijo de	Fallecido	Año o edad aproximada al fallecer	Cáncer	Tipo de cáncer o salud en general	Edad al diagnóstico
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		

Notas/Espacio adicional: _____

Sus sobrinos del lado materno – hijos de sus tíos o tías maternos (con y sin cáncer)

Nombre	Sexo	Año de nacimiento o edad aproximada	Hijo de	Fallecido	Año o edad aproximada al fallecer	Cáncer	Tipo de cáncer o salud en general	Edad al diagnóstico
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		

Notas/Espacio adicional: _____

Los padres de su padre

Nombre	Año de nacimiento o edad aproximada	Fallecido	Año o edad aproximada al fallecer	Cáncer	Tipo de cáncer o salud en general	Edad al diagnóstico
		S/ N / D		S/ N / D		
		S/ N / D		S/ N / D		

Los hermanos/as de su padre – incluya los medio hermanos (con y sin cáncer)

Nombre	Sexo	Año de nacimiento o edad aproximada	Mismo padre* Misma madre*	Fallecido	Año o edad aproximada al fallecer	Cáncer	Tipo de cáncer o salud en general	Edad al diagnóstico
	M / F		S / N S / N	S/ N / D		S/ N / D		
	M / F		S / N S / N	S/ N / D		S/ N / D		
	M / F		S / N S / N	S/ N / D		S/ N / D		
	M / F		S / N S / N	S/ N / D		S/ N / D		
	M / F		S / N S / N	S/ N / D		S/ N / D		
	M / F		S / N S / N	S/ N / D		S/ N / D		
	M / F		S / N S / N	S/ N / D		S/ N / D		
	M / F		S / N S / N	S/ N / D		S/ N / D		

*Misma madre y padre que su madre

Notas/Espacio adicional: _____

Sus sobrinos del lado paterno – hijos de sus tíos o tías paternos (con y sin cáncer)

Nombre	Sexo	Año de nacimiento o edad aproximada	Hijo de	Fallecido	Año o edad aproximada al fallecer	Cáncer	Tipo de cáncer o salud en general	Edad al diagnóstico
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		

Notas/Espacio adicional: _____

Sus sobrinos del lado paterno – hijos de sus tíos o tías paternos (con y sin cáncer)

Nombre	Sexo	Año de nacimiento o edad aproximada	Hijo de	Fallecido	Año o edad aproximada al fallecer	Cáncer	Tipo de cáncer o salud en general	Edad al diagnóstico
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		
	M / F			S / N / D		S / N / D		

Notas/Espacio adicional: _____

Otros parientes (con cáncer)							
Nombre	Sexo	Año de nacimiento o edad aproximada	Parentesco con usted	Fallecido	Año o edad aproximada al fallecer	Tipo de cáncer	Edad al diagnóstico
	M / F				S / N / D		
	M / F				S / N / D		
	M / F				S / N / D		
	M / F				S / N / D		
	M / F				S / N / D		
	M / F				S / N / D		
	M / F				S / N / D		
	M / F				S / N / D		
	M / F				S / N / D		
	M / F				S / N / D		
	M / F				S / N / D		
	M / F				S / N / D		
	M / F				S / N / D		
	M / F				S / N / D		

Notas/Espacio adicional: _____

Revisado por _____ Fecha _____