

**Cuestionario del historial familiar para  
el síndrome de cáncer hereditario común**



**Wade Dickinson, M.D.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Complete cada sección enseguida**

<input type="checkbox"/>	Estatura	<b>Mejor(es) número(s) teléfono(s) de contacto:</b> _____
<input type="checkbox"/>	Peso	
<input type="checkbox"/>	Edad que tenía en su primer periodo menstrual	
<input type="checkbox"/>	Edad a la que dio a luz a su primer hijo (si corresponde)	
<input type="checkbox"/>	Edad de su madre	
<input type="checkbox"/>	Tiene síntomas de la menopausia	<b>Correo electrónico:</b> _____
<b>Sí</b>	<b>No</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha usado terapia de remplazo hormonal? De ser así, ¿por cuánto tiempo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿A alguien en su familia alguna vez le han hecho pruebas genéticas para detectar el síndrome del cáncer hereditario

Favor de marcar **Sí o No** al costado de las siguientes casillas **Historial personal o familiar** de cualquiera de los siguientes tipos de cáncer e **indique la relación familiar y su edad al momento del diagnóstico** en la columna apropiada. Considere padres, hijos, hermanos, abuelos, tías, tíos y primos(as).

<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Síntoma</b>	<b>Usted (edad al momento del diagnóstico)</b>	<b>Hermanos(as)/Hijos (Quién + edad al momento del diagnóstico) Ej.: Hermano, 36 años</b>	<b>Del lado de su madre (Quién + edad al momento del diagnóstico) Ej.: Tía, 44 años</b>	<b>Del lado de su padre (Quién + edad al momento del diagnóstico) Ej.: Abuelo, 65 años</b>
		Cáncer de mama				
		Cáncer de mama en ambos senos o cáncer de seno primario múltiple				
		Cáncer de ovario				
		Cáncer masculino de mama				
		¿Es usted de ascendencia judía Asquenazí?				
		Cáncer uterino (endometrial) <i>(Nota: No incluya el cáncer cervical)</i>				
		Cáncer de colon				
		Cáncer en el estómago, riñón/tracto urinario, cerebro, o intestino delgado o cáncer intestinal <i>(Nota: Favor de circular o escribir el tipo de cáncer apropiado en la columna)</i>				
		10 o más pólipos en el colon encontrados a lo largo de su vida				
		Cáncer de próstata				
		Cáncer pancreático (Col/BRCA)				
		Melanoma maligno				
		Otros tipos de cáncer				

Solo para uso interno

<b>Sí</b>	<b>No</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se le ofreció al paciente pruebas para el cáncer hereditario? De ser así, <b>¿el paciente acepto o declino?</b> _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hay una cita de seguimiento programada De ser así, <b>Fecha de la cita:</b> _____

**Hereditary Cancer Red Flags (To be completed with your healthcare provider - Check all that apply)**

Personal and/or family history of any one of the following:

<input type="checkbox"/>	<b>Multiple</b> A combination of cancers on the same side of the family:	<input type="checkbox"/> <b>2 or more:</b> breast / ovarian / prostate / pancreatic cancer <input type="checkbox"/> <b>2 or more:</b> colorectal / endometrial / ovarian / gastric / pancreatic / other (i.e., ureter/renal pelvis, biliary tract, small bowel, brain, sebaceous adenomas) <input type="checkbox"/> <b>2 or more:</b> melanoma / pancreatic
<input type="checkbox"/>	<b>Young</b> Any 1 of the following at age <b>50 or younger:</b>	<input type="checkbox"/> Breast cancer <input type="checkbox"/> Colorectal cancer <input type="checkbox"/> Endometrial cancer
<input type="checkbox"/>	<b>Rare</b> Any 1 of these rare presentations at <b>any age:</b>	<input type="checkbox"/> Ovarian cancer <input type="checkbox"/> Breast: Male breast cancer or Triple negative breast cancer <input type="checkbox"/> Colorectal cancer with abnormal MSI/IHC, or MSI associated histology** <input type="checkbox"/> Endometrial cancer with abnormal MSI/IHC <input type="checkbox"/> 10 or more colorectal polyps*

\*\*Presence of tumor infiltrating lymphocytes, Crohn's-like lymphocytic reaction, mucinous/signet-ring differentiation, or medullary growth pattern \*Adenomatous type Assessment criteria are based on medical society guidelines. For individual medical society guidelines, go to www.MyriadPro.com

**Hereditary Cancer Risk Assessment Review (To be completed after discussion with healthcare provider)**

Firma del paciente / de la parte que consiente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del médico/médico clínico de revisión \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_