

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



Richard Shebelut, M.D.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Complete cada sección enseguida

<input type="checkbox"/>	Estatura	Mejor(es) número(s) teléfono(s) de contacto: _____
<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	Correo electrónico: _____
<input type="checkbox"/>	Sí	No
<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha usado terapia de remplazo hormonal? De ser así, ¿por cuánto tiempo?	
<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).

Sí	No	Síntoma	Usted (edad al momento del diagnóstico)	Hermanos(as)/Hijos (Quién + edad al momento del diagnóstico) Ej.: Hermano, 36 años	Del lado de su madre (Quién + edad al momento del diagnóstico) Ej.: Tía, 44 años	Del lado de su padre (Quién + edad al momento del diagnóstico) Ej.: Abuelo, 65 años
		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

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

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