

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES FAMILIARES

Complete este cuestionario lo mejor que pueda. Si bien esto puede llevarle cierto tiempo, una revisión de sus antecedentes familiares nos permitirá ofrecerle una evaluación de riesgo del cáncer hereditario, y determinar si las pruebas genéticas podrían ayudarle a comprender el cáncer a usted y a los miembros de su familia. Es importante devolver este formulario antes de su cita, ya que ésta información es necesaria para que el asesor genético esté preparado para su visita.

El objetivo del asesoramiento genético es ayudar a saber más sobre las causas hereditarias del cáncer y cómo le afectan a usted. Durante la cita, se hablará sobre el cáncer en su familia y si las pruebas genéticas, podrían o no, beneficiarlo a usted y a los miembros de su familia. Si recibe asesoramiento genético, no está obligado a realizar las pruebas genéticas. Sin embargo, muchas compañías aseguradoras requieren asesoramiento genético antes de realizar pruebas genéticas. En el día de la cita, traiga una identificación con fotografía y la credencial del seguro. Si la cita es en menos de una semana, lleve estos papeles con usted a la cita.

ENVÍE POR CORREO EL FORMULARIO COMPLETO A:

Genetic Counseling Program

Shaw Cancer Center

P.O. Box 2559, Edwards, CO 81632

O por fax/correo electrónico a: 970-470-6675 / ShawPatientReferrals@VailHealth.org – AT TN: Asesoramiento genético

IMPORTANTE: si usted o uno de sus familiares cercanos ya se ha realizado un asesoramiento genético para la evaluación de riesgo de cáncer o pruebas genéticas, envíe lo siguiente: Una copia de los antecedentes familiares detallados o árbol genealógico, resumen de la consulta y resultados de las pruebas genéticas suyas o de su(s) familiar(es).

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES:

- Complete todas las preguntas y columnas lo más que pueda.
- Registre a **TODOS** sus familiares, **incluso si no tuvieron/tienen cáncer o la condición médica en cuestión.**
- Ofrezca la mayor información posible sobre edades actuales, edades al momento de fallecer y edades al ser diagnosticados con cáncer. **Es mejor ofrecer una edad aproximada antes que no ingresar nada. No omita las edades.**
- Si no tiene familiares en ninguna de las categorías enumeradas, coloque una "X" en el espacio "NINGUNO".
- Escriba **DESC.** (desconocido) si no sabe o **NC** (no corresponde) si la información solicitada no aplica.
- Si las personas han tenido pólipos en el colon, escriba la cantidad de pólipos que tuvieron y la edad en la que los detectaron.
- Si a alguna de las mujeres le han extraído el útero o los ovarios, anote a qué edad se realizó la cirugía.

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA →

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES FAMILIARES

PATIENT INFO

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre legal:	Fecha de nacimiento:	Masculino	Femenino
Dirección:			
Teléfono: Particular:	Trabajo:	Celular:	
Correo(s) electrónico(s):	Médico referente:		

¿Qué preguntas específicas tiene para el asesor genético?

PARA AYUDAR EN LA EVALUACIÓN DE RIESGO:

Ascendencia/raza/origen étnico (marque todas las opciones que correspondan):

Blanco/caucásico	Latina/latino/hispano	Afroamericano/negro
Asiático/asiático americano	Nativo de EE. UU./nativo de Alaska	Multirracial
Otro (especificar):		

Si lo sabe, enumere los países de origen de sus ancestros lejanos:

Por línea paterna:	Por línea materna:
--------------------	--------------------

Como algunas condiciones de salud ocurren con mayor frecuencia en determinadas poblaciones judías, por favor responda éstas preguntas:

¿Su padre o sus ancestros son judíos asquenazí?	Sí	No	No estoy seguro/a
¿Su madre o sus ancestros son judíos asquenazí?	Sí	No	No estoy seguro/a

PARA TODOS LOS PACIENTES:

¿Trabaja? Sí No Jubilado	Ocupación (actual o previa):
¿Está expuesto a productos químicos laborales o ambientales?	Sí No Describa cómo:
Consumo de tabaco (actual o previo):	Sí No Describa cómo:
Consumo de alcohol (actual o previo):	Sí No Describa cómo:
Drogas no recetadas (recreativas):	Sí No Describa cómo:
Altura:	Peso:

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA →

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES FAMILIARES

PATIENT INFO

FAMILIA DIRECTA:

Familiar/ parentesco	Nombre completo	¿Vive?	Edad actual o edad de falleci- miento	Sexo	Tipos de cáncer/ tumores/pólipos	Edad de detección de cáncer/ pólipos	Otras afecciones médicas o hereditarias
Usted		Sí		Masculino			
		No		Femenino			
Cónyuge/ pareja		Sí		Masculino			
		No		Femenino			
Hijos/as <i>(si sus hijos tienen diferentes padres, anote el nombre del padre/ madre entre paréntesis)</i> Ninguno		Sí		Masculino			
		No		Femenino			
		Sí		Masculino			
		No		Femenino			
		Sí		Masculino			
		No		Femenino			
		Yes No		Masculino Femenino			
Sí No	Masculino Femenino						
Su padre		Sí		Masculino			
		No		Femenino			
Su madre		Sí		Masculino			
		No		Femenino			
Hermanos/ as <i>(si tiene medio hermanos/ as, indique si comparten madre/ padre entre paréntesis)</i> Ninguno		Sí		Masculino			
		No		Femenino			
		Sí		Masculino			
		No		Femenino			
		Sí		Masculino			
		No		Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
Sí No	Masculino Femenino						

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA →

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES FAMILIARES

FAMILIA DIRECTA (CONTINUACIÓN):

Familiar/ parentesco	Nombre completo	¿Vive?	Edad actual o edad de falleci- miento	Sexo	Tipos de cáncer/ tumores/pólipos	Edad de detección de cáncer/ pólipos	Otras afecciones médicas o hereditarias
Sobrinos/as <i>(anote el nombre del hermano/a que sea el padre o la madre entre paréntesis)</i> Ninguno		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
Nietos/as <i>(anote el nombre del hijo/a que sea el padre o la madre entre paréntesis)</i> Ninguno		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA →

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES FAMILIARES

FAMILIA PATERNA:

Familiar/ parentesco	Nombre completo	¿Vive?	Edad actual o edad de falleci- miento	Sexo	Tipos de cáncer/ tumores/pólipos	Edad de detección de cáncer/ pólipos	Otras afecciones médicas o hereditarias
Su abuelo		Sí No		Masculino Femenino			
Su abuela		Sí No		Masculino Femenino			
Tíos/as <i>(si sus tíos/ as tienen diferentes padres, anote el nombre del padre/ madre en común entre paréntesis)</i> Ninguno		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
Primos/as <i>(anote el nombre del tío/a que sea el padre o la madre entre paréntesis)</i> Ninguno		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA →

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES FAMILIARES

FAMILIA MATERNA:

Familiar/ parentesco	Nombre completo	¿Vive?	Edad actual o edad de falleci- miento	Sexo	Tipos de cáncer/ tumores/pólipos	Edad de detección de cáncer/ pólipos	Otras afecciones médicas o hereditarias
Su abuelo		Sí No		Masculino Femenino			
Su abuela		Sí No		Masculino Femenino			
Tíos/as <i>(si sus tíos/ as tienen diferentes padres, anote el nombre del padre/ madre en común entre paréntesis)</i> Ninguno		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
Primos/as <i>(anote el nombre del tío/a que sea el padre o la madre entre paréntesis)</i> Ninguno		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA →

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES FAMILIARES

MIEMBROS ADICIONALES DE LA FAMILIA:

Utilice este espacio para ofrecer información sobre miembros adicionales de la familia para los que no haya tenido espacio en las páginas anteriores. Realice todas las copias que necesite de esta página. **IMPORTANTE:** asegúrese de informar cómo está relacionada cada persona con usted y si es de la familia materna o paterna.

Familiar/ parentesco	Nombre completo	¿Vive?	Edad actual o edad de fallecimiento	Sexo	Tipos de cáncer/ tumores/pólipos	Edad de detección de cáncer/ pólipos	Otras afecciones médicas o hereditarias
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			
		Sí No		Masculino Femenino			