

## 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 713-745-7391 o envíenos un email: [ccg@mdanderson.org](mailto:ccg@mdanderson.org).

#### **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: \_\_\_\_\_



**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
<b>Mamas</b>					
	Auto examen mamario	_____	_____	_____	_____
	Examen clínico	_____	_____	_____	_____
	Mamografía	_____	_____	_____	_____
<b>Ginecología</b>					
	Papanicolau/pelvico	_____	_____	_____	_____
	Prueba de sangre CA 125	_____	_____	_____	_____
	Ultrasonido transvaginal	_____	_____	_____	_____
	Otro _____	_____	_____	_____	_____
<b>HOMBRES</b>					
	Prueba digital rectal	_____	_____	_____	_____
	Prueba del antígeno Prostático	_____	_____	_____	_____
	Otro _____	_____	_____	_____	_____
<b>HOMBRES Y MUJERES</b>					
	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 biológicos, 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		
	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 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>Sus sobrinas y sobrinos – hijos de sus hermanos y hermanas (con y sin cáncer)</b>								
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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Los padres de su madre</b>						
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		

<b>Los hermanos/as de su madre – incluya los medio hermanos (con y sin cáncer)</b>								
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: \_\_\_\_\_

---



---



---

<b>Sus sobrinos del lado materno – hijos de sus tíos o tías maternos (con y sin cáncer)</b>								
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		
	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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

Notas/Espacio adicional: \_\_\_\_\_

<b>Otros parientes (con cáncer)</b>							
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		

Notas/Espacio adicional: \_\_\_\_\_

Revisado por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_