

CUESTIONARIO SOBRE ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER

Información personal

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Sexo (M/F): _____ Fecha de hoy (MM/DD/AA): _____ Proveedor de atención médica: _____

Instrucciones: Esta es una herramienta para la detección de tipos de cáncer hereditarios. Marque (S) para aquellos casos que se apliquen a USTED y/o a SU FAMILIA. Junto a cada enunciado, indique la o las relaciones de parentesco que tiene con la persona y la edad al momento del diagnóstico para cada tipo de cáncer de su familia.

Usted y los siguientes familiares consanguíneos más cercanos deben ser considerados: usted, sus padres, hermanos, hermanas, hijos, hijas, abuelos, nietos, tías, tíos, sobrinos, sobrinas, hermanastros, primos consanguíneos, bisabuelos, y bisnietos.

USTED y los antecedentes de cáncer de SU FAMILIA (sea lo más exhaustivo y preciso posible)

	CÁNCER	USTED EDAD al diagnóstico	PADRES/HERMANOS/ HIJOS	EDAD al diagnóstico	FAMILIARES POR PARTE DE SU MADRE	EDAD al diagnóstico	FAMILIARES POR PARTE DE SU PADRE	EDAD al diagnóstico
<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	EJEMPLO: CÁNCER DE MAMA	45	-----	---	Tía Prima	45 61	Abuela	53
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CÁNCER DE MAMA							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CÁNCER DE OVARIO (Peritoneal/Trompas de Falopio)							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CÁNCER DE ENDOMETRIO/ÚTERO							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CÁNCER DE COLON/RECTO							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	10 o más PÓLIPOS COLORRECTALES A LO LARGO DE LA VIDA (Especificar N.º)							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	OTROS TIPOS DE CÁNCER (Especificar tipo de cáncer)	Considere los siguientes tipos de cáncer: Melanoma, cáncer de páncreas, de estómago/gástrico, de cerebro, de riñón, de intestino delgado, sarcoma, cáncer de tiroides						

S N ¿Es usted de ascendencia judía asquenazi?

S N ¿Le preocupan sus antecedentes personales o familiares de cáncer?

S N ¿Alguna vez se ha hecho usted o alguna persona de su familia una prueba para detectar un síndrome de cáncer hereditario? (Explique/Incluya una copia del resultado de ser posible)

Señales de Alerta de Cáncer Hereditario (Para completar junto con su proveedor de atención médica - Marque todas las que correspondan)

Sus antecedentes PERSONALES - Señales de alerta

Síndrome de cáncer hereditario de mama y de ovario

- Cáncer de mama diagnosticado a los 50 años de edad o antes
- Cáncer de ovario a cualquier edad
- Dos casos primarios de cáncer de mama
- Cáncer de mama en hombres
- Cáncer de mama triple negativo
- Cáncer pancreático con un cáncer de mama o de ovario
- Ascendencia judía asquenazi con un cáncer asociado al síndrome HBOC adicional*

Síndrome de Lynch** (ver lista de tipos de cáncer a continuación)

- Cáncer colorrectal antes de los 50 años
- Cáncer de útero/endometrio antes de los 50 años
- Histología de MSI alta***antes de los 60 años
- MSI o resultados de prueba inmunohistoquímica de tumor anómalos (de colon/recto/endometrio/útero)
- Dos o más cánceres asociados al síndrome de Lynch** a cualquier edad
- USTED o uno o más familiares tiene cánceres asociados al síndrome de Lynch**

* Los tipos de cáncer asociados al síndrome HBOC incluyen: cáncer de mama, ovario y páncreas

** Los tipos de cáncer asociados al síndrome de Lynch incluyen: cáncer de colon, de endometrio/útero, de estómago/gástrico, de ovario, de uréter/pelvis renal, de vías biliares, de intestino delgado, de páncreas, de cerebro y adenomas sebáceos

***La histología de MSI alta incluye: mucinosa, de células en anillo de sello, infiltrado linfocitario en el tumor, reacción linfocítica tipo Crohn o patrón de crecimiento medular

Sus antecedentes FAMILIARES - Señales de alerta

Síndrome de cáncer hereditario de mama y de ovario

- Pariente consanguíneo con cáncer de mama antes de los 50 años
- Pariente consanguíneo con cáncer de ovario a cualquier edad
- Dos o más casos de cáncer, ya sea en un familiar o en dos o más familiares del mismo lado de la familia, uno antes de los 50 años de edad
- Un familiar hombre con cáncer de mama
- Combinación de cáncer de páncreas o cáncer de mama u ovario en el mismo lado de la familia

Síndrome de Lynch** (ver lista de tipos de cáncer a continuación)

- Tres o más familiares con cáncer de mama a cualquier edad
- Una mutación en los genes BRCA1 o BRCA2 detectada anteriormente en su familia
- Dos o más familiares con un cáncer asociado al síndrome de Lynch**, uno antes de los 50 años de edad
- Tres o más familiares con un cáncer asociado al síndrome de Lynch** a cualquier edad
- Una mutación asociada con el síndrome Lynch identificada anteriormente en la familia

Revisión de la Evaluación del Riesgo de Cáncer (Para completar después de hablar con el proveedor de atención médica)

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

For Office Use Only: Patient offered hereditary cancer genetic testing? YES NO ACCEPTED DECLINED

Follow-up appointment scheduled: YES NO Date of Next Appointment: _____