

## Historial Personal & Familiar

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

El historial familiar es la enseñanza MÁS importante en la forma en que mejor podemos manejarlo a USTED. Atención personalizada comienza con el conocimiento de sus riesgos. Por favor, complete este formulario a fondo para que pueda obtener el mejor cuidado posible de nuestro personal médico.

### **Por favor describa cualquier tipo de Cáncer que usted o su familia hayan tenido a continuación**

**Los siguientes Familiares deben considerarse:** Usted, Madre, padre, hermano, hermana, niños, tía/tío paterno, tía/tío materno, primos hermanos, sobrinas/sobrinos y abuelos paternos y maternos.

Descripción de Historial	Circule	Familiar(es)	Paterno / Materno	Edad(es) de Diagnóstico
Cáncer de colon antes de los <b>50 años de edad o dos diagnósticos de cáncer de colon</b> en el mismo lado de la familia	SI			
Cáncer Uterino/Endometrial antes de los <b>50 años de edad</b>	SI			
<b>Uno de los siguientes tipos de cáncer:</b> pancreático, ovario, o cáncer gástrico en su familia?	SI			
<b>Uno de los siguientes tipos de cáncer:</b> intestino delgado, hígado, renal, o cáncer cerebral en su familia?	SI			
Cáncer de Seno diagnosticado á o antes de los <b>50 años de edad</b>	SI			
Cáncer de Ovario diagnosticado a <b>cualquier edad</b>	SI			
Cáncer de Seno Masculino diagnosticado a <b>cualquier edad</b>	SI			
<b>Tres o más</b> tipos de cáncer de seno en el mismo lado de la familia independientemente de la edad	SI			
Un familiar diagnosticado con cáncer de seno <b>dos veces</b>	SI			
Ascendencia Judía Asquenazí con cáncer de seno, ovario o páncreas en una misma persona o en el mismo lado de la familia	SI			
Algún diagnóstico de cáncer de páncreas con cáncer de seno en el mismo miembro de la familia?	SI			
¿Usted o algún miembro de su familia ha sido examinado para el gen BRCA? Si no, ¿por qué no?	SI			
Por favor escriba cualquier otros tipos de cáncer, que familiar y lado de la familia:				

**USO SOLAMENTE DE OFICINA:** Prueba genética: Aceptada  Denegada

Firma: \_\_\_\_\_

Razón si fue rechazada: \_\_\_\_\_