

CUESTIONARIO DE HISTORIA FAMILIAR



**211 SOUTH MAIN STREET
ORANGE, CALIFORNIA 92868
PHONE: (714) 288-3500
FAX: (714) 288-3510**

HISTORIA DE PRUEBA DE DETECCION
Solo Mujeres

la edad del primer periodo _____ Edad al primer parto en vivo _____ (si es aplicable)

 ¿Alguna vez has utilizado anticonceptivos orales? S N D En caso afirmativo, cuántos años? _____
 Entre qué edades? _____

 ¿Ya has pasado por la menopausia? S N D En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____

 ¿Ha tomado la terapia de reemplazo hormonal? S N D En caso afirmativo, ¿cuántos años? _____

 ¿Ha tenido biopsias del seno? S N D En caso afirmativo, ¿cuántos? _____
 En caso afirmativo, ¿a qué edad (es)? _____
 Se mostro hiperplasia atípica? S N D
 En caso afirmativo? DCIS or LCIS

 ¿Ha tenido una histerectomía (removimiento del útero)? S N D En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
 Motivo: _____

 ¿Ha tenido una ooforectomía (removimiento de los ovarios)? S N D En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
 derecho izquierda Bilateral
 Motivo: _____

Examen del Seno	más Reciente	Con Qué Frecuencia	Edad inicio	Resultados/Comentarios
Auto examen del seno	_____	_____	_____	_____
Examen clínico de los senos	_____	_____	_____	_____
Mamograma	_____	_____	_____	_____

Examen ginecologico	más Reciente	Con Qué Frecuencia	Edad inicio	Resultados/Comentarios
Papanicolaou	_____	_____	_____	_____
prueba de sangre CA 125	_____	_____	_____	_____
ultrasonido transvaginal	_____	_____	_____	_____

Solo Hombres

 ¿Ha tenido una prostatectomía (removimiento de la próstata)? S N D En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
 Motivo: _____

 Have you had a transurethral resection of the prostate (TURP)? S N D En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
 Motivo: _____

Examen de próstata	más Reciente	Con Qué Frecuencia	Edad a inicio	Resultados/Comentarios
Examen digital del recto	_____	_____	_____	_____
Análisis de sangre PSA	_____	_____	_____	_____

Hombres y Mujeres

- ¿Ha tenido una colectomía (removimiento del colon)? S N D En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
 Parcial Completo Desconocido
 Motivo: _____
- ¿Alguna vez has tenido pólipos en el colon? S N D En caso afirmativo, ¿cuántos? _____
 En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____
- ¿Ha sido diagnosticado con colitis ulcerosa? S N D En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
- ¿Ha tenido una mastectomía (removimiento del tejido mamario)? S N D En caso afirmativo, ¿a qué edad (s)? _____
 Derecho Izquierda Bilateral
 Motivo: _____
- ¿Ha sido diagnosticado con la enfermedad fibroquística de mama? S N D
- ¿Ha tenido una tiroidectomía (removimiento de la tiroides)? S N D En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
 Motivo: _____
- ¿Ha tenido otras cirugías? S N D En caso afirmativo, ¿qué? _____
- ¿Ha tenido hallazgos inusuales en la piel (grumos, chichon, lesiones, manchas claras o oscuras)? S N D En caso afirmativo, ¿qué? _____
- ¿Usted o un miembro de la familia alguna vez ha sido diagnosticado con una enfermedad genética? S N D En caso afirmativo, ¿qué? _____
 Quien? _____

Chequeo GI	más Reciente	Con Qué Frecuencia	Edad a inicio	Resultados/Comentarios
Colonoscopia	_____	_____	_____	_____
Sigmoidoscopia	_____	_____	_____	_____
Endoscopia	_____	_____	_____	_____
Enema de bario	_____	_____	_____	_____

HISTORIA FAMILIAR

Países de la familia de origen antes de los Estados Unidos (ejemplo: Inglaterra, Nigeria, México, Taiwán)

Lado materno (de la madre): _____ Lado paterno (del padre): _____

 ¿Alguno de tus padres de ascendencia judía asquenazí (Este / Central Europeo)? S N D

 En caso afirmativo, lado de la madre, el equipo de padre, ambos

 ¿Alguien en su familia se a hecho el examen genético de síndrome de cáncer hereditario? S N D

En caso afirmativo, ¿qué pruebas genéticas? _____ ¿Quién tubo la prueba? _____

¿Cuáles fueron los resultados? _____

**** Si es así, PORFAVOR de traer los resultados del examen del miembro de la familia con usted a la cita, esto puede ayudar a determinar sus riesgos.****
Al completar la sección de abajo:

- Por favor, incluya TODOS LOS PARIENTES DE SANGRE si tienen o no han tenido cáncer.
- Si no hay suficiente espacio para todos los familiares para ser listados, por favor escriba las respuestas en una hoja de papel por separado.
- Por favor, consulte a otros miembros de la familia, si es necesario, para aumentar la exactitud de esta información.
- Si no se conocen las edades exactas, por favor proporcione su mejor estimación.

USTED, SUS PADRES Y ABUELOS

Nombre	Vivo (V)/ Fallecido (F)	Edad actual / Edad de Muerte	Afectado con cáncer?	Edad en el diagnósti co de cáncer	Ubicación del Cáncer (mama, pulmón, etc.)	Patología (si se conoce) (adenomatosa, papilar, etc.)
<i>Ejemplo: Usted</i>	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	40	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	35	Colon	Adenomatosa
Usted	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Tu Madre	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Tu Padre	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
La madre de tu madre	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
El padre de su madre	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
La madre de su padre	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
El padre de su padre	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			

SUS HERMANOS Y HERMANAS

Nombre	Vivo (V)/ Fallecido (F)	Edad actual / Edad de Muerte	Afectado s con cáncer?	Edad en el diagnósti co de cáncer	Localización de cáncer (mama, pulmón, etc.)	Patología
Hermana 1	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hermana 2	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hermana 3	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hermana 4	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hermano 1	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hermano 2	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hermano 3	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hermano 4	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			

Sus HIJOS

Hija 1	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hija 2	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hija 3	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hija 4	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hijo 1	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hijo 2	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hijo 3	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hijo 4	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			

SUS TIAS Y TIOS (DEL LADO DE SU MAMA)

Nombre	Vivo (V)/ Fallecido (F)	Edad actual / Edad de Muerte	Afectado s con cáncer?	Edad en el diagnósti co de cáncer	Localización de cáncer (mama, pulmón, etc.)	Patología
La hermana de la madre 1	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
La hermana de la madre 2	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
La hermana de la madre 3	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
La hermana de la madre 4	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
El hermano de la madre 1	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
El hermano de la madre 2	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
El hermano de la madre 3	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
El hermano de la madre 4	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			

SUS TIAS Y TIOS (DEL LADO DE SU PAPA)

Hermana del padre 1:	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hermana del padre 2:	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hermana del padre 3:	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hermana del padre 4:	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
El hermano del padre 1:	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
El hermano del padre 2:	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
El hermano del padre 3:	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Hermana del padre 1:	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			

