



Cuestionario sobre antecedentes familiares

Genética relacionada con el cáncer

Instrucciones: *Envíe este formulario por fax a Genetics O llévelo contigo durante su visita*

- Responda todas las preguntas que pueda del formulario. (Esta bien si no es completo)
- Incluya a todos los parientes biológicos (consanguíneos), incluso a los que no tienen cáncer.
- Si no está seguro, consulte a alguien de su familia que pueda tener más información.
- Calcule la edad o use un rango de edad si no sabe una edad exacta.
(Por ejemplo: alrededor de 70 o de 70 a 75)
- Si no está seguro de la causa de muerte, anote "desconocida".
- Si alguien de la familia se ha realizado pruebas genéticas, obtenga una copia de los resultados de laboratorio (si es posible).
- **CÁNCER:** Cuando sea posible, incluya la ubicación y cualquier detalle de la patología. Ejemplos:
 - 1) de seno, carcinoma ductal, triple negativo; 2) de colon ascendente, adenocarcinoma;
 - 3) de ovario, carcinoma seroso

SOBRE USTED:

Nombre: _____ **Número de historia clínica de Kaiser:** _____

Ascendencia u origen étnico:

Lado materno: _____

Lado paterno: _____

¿Tiene alguna ascendencia judía asquenazí (de Europa del este)? **No** **Sí**

¿Alguien de su familia se casó con un pariente consanguíneo
(por ejemplo, un primo, primo segundo)? **No** **Sí**

Si respondió sí, describa quiénes y qué parentesco tienen:

*Si en alguna sección no tiene espacio suficiente, use el espacio extra del final del formulario.

SUS PADRES						
	Nombre	Edad actual (si vive)	Edad al fallecer Causa de muerte <small>(Deje el espacio en blanco si la persona vive)</small>	¿Tiene cáncer? <small>(Sí / No / ?)</small>	Detalles del cancer <small>(ubicación, patología, etc.)</small>	Edad en el momento del diagnóstico
Madre						
Padre						
SUS HIJOS						
<small>Si tuvo hijos con más de una pareja, incluya el nombre del otro padre de cada hijo.</small>						
Género <small>(nombre del otro padre)</small>	Nombre	Edad actual (si vive)	Edad al fallecer Causa de muerte <small>(Deje el espacio en blanco si la persona vive)</small>	¿Tiene cáncer? <small>(Sí / No / ?)</small>	Detalles del cáncer <small>(ubicación, patología, etc.)</small>	Edad en el momento del diagnóstico

Use el siguiente formulario para completar sus antecedentes familiares si no tuvo espacio suficiente en alguna sección. También incluya a cualquier familiar que tenga cáncer y que no haya mencionado antes.

ANTECEDENTES FAMILIARES ADICIONALES

y

OTROS FAMILIARES QUE TENGAN CÁNCER

Ejemplos: nieto, bisabuelo, primo lejano, hijo de un primo, etc.

Género y parentesco	Nombre	Edad actual (si vive)	Edad al fallecer Causa de muerte (Deje el espacio en blanco si la persona vive)	¿Tiene cáncer? (Sí / No / ?)	Detalles del cancer (ubicación, patología, etc.)	Edad en el momento del diagnóstico

Alguna nota o información adicional que quiera proporcionar:

Si alguien se realizó una prueba genética, indique quién e incluya los resultados a continuación.

Departamentos de Genética de Kaiser Permanente

Clovis/Fresno	Fax: 559-324-5730	Ph: 559-324-5530
Modesto	Fax: 209-735-3337	Ph: 209-735-3144
Oakland	Fax: 510-752-6754	Ph: 510-752-6298
Sacramento	Fax: 916-614-4768	Ph: 916-614-4075
San Francisco	Fax: 415-833-2999	Ph: 415-833-2998
San Jose	Fax: 408-972-3298	Ph: 408-972-3300