



Cuestionario sobre antecedentes familiares Genética relacionada con el cáncer

Instrucciones: Este formulario es para ayudarlo a recopilar su historial familiar antes de su visita de Genética.
No es necesario que devuelva este formulario a Genética.

- Responda todas las reguntas que pueda del formulario. (Está 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 (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
Madre						
Padre						
SUS HIJOS						
Si tuvo hijos con más de una pareja, incluya el nombre del otro parente de cada hijo.						
Género (nombre del otro parente)	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 cáncer (ubicación, patología, etc.)	Edad en el momento del diagnóstico

SUS HERMANOS

Si tiene medios hermanos, indique si tienen "la misma madre" o "el mismo padre".

HIJOS DE SUS HERMANOS (sobrinos)

Indique cuál de sus hermanos es el padre

ESTA PARTE ES ACERCA DEL LADO MATERNO DE SU FAMILIA

SUS ABUELOS (padres de su madre)

	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 cáncer (ubicación, patología, etc.)	Edad en el momento del diagnóstico
Abuela (la madre de su madre)						
Abuelo (el padre de su madre)						

SUS TÍOS (hermanos de su madre)

Si su madre tiene medios hermanos, indique si tienen "la misma madre" o "el mismo padre"

ESTA PARTE ES ACERCA DEL LADO PATERNO DE SU FAMILIA

SUS ABUELOS (padres de su padre)

	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
Abuela (la madre de su padre)						
Abuelo (el padre de su padre)						

SUS TÍOS (hermanos de su padre)

Si su padre tiene medios hermanos, indique si tienen "la misma madre" o "el mismo padre".

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.

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	Ph: 559-324-5530
Modesto	Ph: 877-456-0004
Oakland	Ph: 510-752-6298
Sacramento	Ph: 916-614-4075
San Francisco	Ph: 415-833-2998
San Jose	Ph: 408-972-3300