

# 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	<b>EJEMPLO:</b> 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: \_\_\_\_\_