

Médico: _____ Fecha: _____

Patient Name: _____

DOB: _____ Gender: _____

MRN: _____

CSN: _____

AFFIX LABEL HERE

HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER

Historia familiar de cancer. Por favor considere a todos los parientes (enumerados a continuación) tanto del lado de la familia de su madre como del padre, TANTO hombres como mujeres: padre, madre, hermanos, hermanas, medios hermanos, sus hijos, abuelos, tías, tíos, sobrinas, sobrinos, primos.

Circule **SÍ** o **NO** a continuación:

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 1) ¿ <u>Ha tenido usted</u> cáncer de MAMA a <u>alguna</u> edad? | SÍ | NO |
| 2) ¿ <u>Ha tenido usted</u> o <u>alguno de sus familiares</u> (mencionados anteriormente) cáncer de MAMA a los <u>49 años o menos?</u> | SÍ | NO |
| 3) ¿ <u>Ha tenido usted TRES o más familiares</u> (enumerados arriba y pueden incluirla a usted) con cáncer de MAMA en el MISMO lado de la familia? | SÍ | NO |
| 4) ¿ <u>Alguno de los familiares</u> con cáncer de MAMA era HOMBRE? | SÍ | NO |
| 5) ¿ <u>Ha tenido usted</u> o <u>alguno de sus familiares femeninas de 1ra o 2da generación</u> ha tenido cáncer de OVARIO? (padres, hermanos, abuelos, tías, hijos) | SÍ | NO |
| 6) ¿ <u>Ha tenido usted</u> o <u>alguno de sus familiares de 1ra generación</u> ha tenido cáncer de PÁNCREAS? (padres, hermanos, hijos) | SÍ | NO |
| 7) ¿ <u>Ha tenido usted</u> o <u>alguno de los familiares</u> (mencionados anteriormente) cáncer de COLON y/o ENDOMETRIO a los <u>49 años o menos?</u> | SÍ | NO |
| 8) ¿ <u>Ha tenido usted TRES o más familiares</u> (puede incluirlo a usted) con cáncer de COLON o ÚTERO en el MISMO lado de la familia? | SÍ | NO |
| 9) ¿ <u>Ha tenido usted</u> o alguno de los <u>familiares varones de 1ra generación</u> mencionados anteriormente cáncer de PRÓSTATA METASTÁSICO? (papá, hermanos, hijos) | SÍ | NO |

Si respondió **SÍ** a **CUALQUIERA** de las preguntas anteriores, **escanee el código QR** a la derecha con su dispositivo móvil. Seleccione su médico de LWH de la lista desplegable **y complete el cuestionario** lo mejor que pueda. Una vez que haya completado el cuestionario en línea, marque la casilla a continuación.

☐ **Prueba Completa**



SÓLO PARA USO EN OFICINA (For Office Use Only)

- | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Patient Appropriate for Testing | ☐ Accepted | ☐ Declined |
| ☐ Patient Does Not Meet Criteria | | |