



Fecha de nacimiento (date of birth):

Nombre del paciente (patient name)

Fecha de hoy (date):

Proveedor (provider):

Esta es una herramienta de evaluación sobre los cánceres que están presentes en las familias. Responda **SÍ** o **NO**. Si responde **SÍ** a alguna pregunta, por favor **ESPECIFIQUE** qué familiares fueron diagnosticados con cáncer del lado de su MADRE (**M**) y del de su PADRE (**P**) solo estos familiares: padres, hermanos y hermanas, hijas e hijos, tías y tíos, abuelos y abuelas, sobrinas y sobrinos

(This is a screening tool for cancers that run in families. If any are YES, please list relatives with cancer diagnoses on your mother's and father's side for these relatives only: parents, siblings, children, aunts, uncles, grandparents, nieces, and nephews.)

- 1.) ¿Alguna vez se han hecho pruebas genéticas Ud. o algún familiar? **¿NO? ¿SÍ? (No? Yes?)**
 (Have you or a family member ever had genetic testing?)

¿SÍ? (If yes) ¿En qué año? (what year?)

Resultado: (result)

- 2.) ¿Alguien en su familia ha tenido un resultado positivo de una mutación genética en pruebas genéticas?
 (Has anyone in your family had genetic testing with a positive test for genetic mutation?)

¿NO? ¿SÍ? (No? Yes?)

Por favor encierre en un círculo SÍ o NO (Please circle yes or no)		Indique qué familiares o escriba "YO" si se trata de usted (specify relatives or yourself)	Indique el tipo de cáncer (specify which cancer)	Edad al momento del diagnóstico (age at diagnosis)
Sí	No	Cáncer de MAMA en <u>usted</u> a cualquier edad (breast cancer in yourself at any age)	YO	

Sí	No	Cáncer de MAMA a los 50 años o antes (breast cancer at or under age 50)			
Sí	No	Dos cánceres de MAMA en una misma persona (two breast cancers in one person)			
Sí	No	Tres cánceres de MAMA en el <u>mismo lado</u> de la familia a cualquier edad (three breast cancers on the same side of the family at any age)	1. 2. 3.		1. 2. 3.
Sí	No	<u>Hombre</u> con cáncer de MAMA (male breast cancer)			
Sí	No	Cáncer de ovario (ovarian cancer)			
Sí	No	Cáncer de páncreas (pancreatic cancer)			
Sí	No	Ascendencia judía asquenazi además de cualquier cáncer de MAMA, de ovario, de páncreas o de próstata a cualquier edad (Ashkenazi Jewish ancestry plus any breast, ovarian, pancreatic, or prostate cancer at any age)			
Sí	No	Tres o más de los siguientes cánceres en el mismo lado de la familia: de colon / de endometrio / de ovario / gástrico (three or more of the following cancers on the same side of the family: colon, endometrial, ovarian, or gastric)	1. 2. 3.		1. 2. 3.
Sí	No	Cáncer de colon o de endometrio en Ud. a los 64 años o antes (colon or endometrial cancer in yourself at or under age 64)	YO		
Sí	No	10 o más pólipos en el colon o en el recto (indique cuántos) (10 or more colon/rectal polyps please specify #)			

