

# 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	

**Sus antecedentes personales o familiares de cáncer son importantes para brindarle la mejor atención posible**  
 Marque "Sí" o "No" a continuación según usted tenga antecedentes personales o familiares de alguno de los siguientes tipos de cáncer.  
 En caso afirmativo, indique parentesco y edad al momento del diagnóstico en la columna correspondiente.

**Incluya a ambos lados de su familia e indique cada miembro de forma independiente:** Padres, hijos, hermanos, hermanas, abuelos, tíos, tías, sobrinas, sobrinos y medio hermanos.

Antecedentes personales o familiares ¿Le han diagnosticado a usted o a uno de sus familiares alguno de los siguientes?	USTED		HERMANOS/ HIJOS	POR PARTE DE SU MADRE	POR PARTE DE SU PADRE
	Edad	Familiar y edad	Familiar y edad	Familiar y edad	Familiar y edad
<b>EJEMPLO:</b> Cáncer de mama	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Edad 49	Hermana, 55 Hija, 33	Tía N.º 1, 67 Tía N.º 2, 45	Abuela, 84
Cáncer de mama a los 45 años de edad o antes	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
2 o más casos independientes de <b>cáncer de mama</b> en una persona, uno a los 50 años de edad o antes	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
2 o más personas en mi familia ( <i>incluyéndome</i> ) con <b>cáncer de mama</b> , uno a los 50 años de edad o antes	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
<b>Cáncer de ovario (peritoneal/trompas de Falopio)</b> a cualquier edad	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
<b>Cáncer de mama triple negativo</b> a los 60 años de edad o antes ( <i>Receptor Estrógeno Negativo, Receptor de Progesterona Negativo, Patología HER2 Negativo</i> )	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
3 o más casos de cáncer en el mismo lado de la familia a cualquier edad: <b>cáncer de páncreas, cáncer de mama, o cáncer agresivo de próstata*</b> *puntaje de Gleason $\geq 7$	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
<b>Cáncer de mama</b> en hombres a cualquier edad	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Ascendencia judía asquenazí con <b>cáncer de mama o de páncreas</b> a cualquier edad.	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
<b>Cáncer de páncreas o cáncer agresivo de próstata</b> y un familiar con <b>cáncer de mama a los 50 años de edad o antes</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
20 o más <b>pólipos colorrectales</b> en 1 persona a lo largo de la vida. Especifique número _____	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
<b>Cáncer de colon/recto o cáncer de endometrio (útero)</b> antes de los 50 años	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Antecedentes <u>personales</u> de cáncer de endometrio ( <i>útero</i> ) a cualquier edad**	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
<b>DOS</b> personas en mi familia ( <i>incluyéndome</i> ): al menos 1 con <b>cáncer de colon/recto o cáncer de endometrio (útero)</b> a cualquier edad <b>Y TAMBIÉN</b> 1 que recibió un diagnóstico de cáncer asociado al síndrome de Lynch* antes de los 50 años de edad	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
<b>TRES O MÁS</b> personas en mi familia ( <i>incluyéndome</i> ) con un <b>cáncer asociado al síndrome de Lynch*</b> a cualquier edad, con al menos 1 de tipo colorrectal o <b>cáncer de endometrio (útero)</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				

\*\* PREMM<sub>(1,2,6)</sub> Puntaje  $\geq 5\%$

\* Los tipos de cáncer asociados al síndrome de Lynch incluyen: cáncer de colon, cáncer de endometrio (útero), cáncer de estómago, de ovario, de páncreas, de cerebro, de intestino delgado, de riñón, de aparato urinario, de vías biliares, sebáceos (glándula de la piel).

¿Alguna vez se ha hecho usted o alguno de sus familiares una prueba genética para detectar un síndrome de cáncer hereditario?

En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Qué gen(es)? \_\_\_\_\_ ¿Cuál fue el resultado? \_\_\_\_\_

## 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

### Para uso interno solamente

¿Se ofrecieron al paciente pruebas genéticas para el cáncer hereditario?  SÍ  NO  ACEPTÓ  RECHAZÓ

En caso afirmativo, ¿qué prueba?  BRACAnalysis® with Myriad myRisk®  Multisite 3 BRACAnalysis REFLEX to BRACAnalysis with Myriad myRisk

COLARIS<sup>PLUS</sup> with Myriad myRisk  COLARIS AP<sup>PLUS</sup> with Myriad myRisk  Single Site Testing  Myriad myRisk Update

Otra: \_\_\_\_\_

Se programó una cita de seguimiento:  SÍ  NO Fecha de la próxima cita: \_\_\_\_\_

# Cancer Family History Questionnaire

## Personal Information

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_  
**Gender (M/F):** \_\_\_\_\_ **Today's Date(MM/DD/YY):** \_\_\_\_\_ **Health Care Provider:** \_\_\_\_\_

### Your Personal & Family History of Cancer is Important to Provide You With the Best Care Possible

Please mark "Yes" or "No" below if there is a **personal or family history** of any of the following cancers.

If yes, indicate family relationship and age at diagnosis in the appropriate column.

**Include both sides of your family and list each member separately:** parents, children, brothers, sisters, grandparents, aunts, uncles, nieces, nephews, and half-siblings.

Personal and Family History		YOU	SIBLINGS / CHILDREN	MOTHER'S SIDE	FATHER'S SIDE
Have you or your family members been diagnosed with any of the following:		Age	Family Member and Age	Family Member and Age	Family Member and Age
<b>EXAMPLE:</b> Breast cancer	<input checked="" type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	Age 49	Sister 55, Daughter 33	Aunt #1 67 Aunt #2 45	Grandma 84
<b>Breast cancer</b> at or before age 45	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N				
2 or more separate <b>breast cancers</b> in one person, one at age 50 or younger	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N				
2 or more people on the same side of my family (can include me) with <b>breast cancer</b> , one at age 50 or younger	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N				
<b>Ovarian (peritoneal/fallopian tube) cancer</b> at any age	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N				
<b>Triple Negative Breast cancer</b> at age 60 or younger (ER-, PR-, HER2- Pathology)	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N				
3 or more of these cancers on same side of my family at any age: <b>pancreatic, breast, or aggressive prostate*</b> <small>*Gleason Score ≥7</small>	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N				
Male <b>breast cancer</b> at any age	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N				
Ashkenazi Jewish ancestry with <b>breast or pancreatic cancer</b> at any age	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N				
<b>Pancreatic cancer or aggressive prostate cancer</b> and one relative with <b>breast cancer at age 50 or younger</b>	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N				
20 or more <b>colon/rectal polyps</b> found in 1 person throughout their lifetime. Specify number _____	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N				
<b>Colon/rectal or Endometrial (uterine) cancer</b> before age 50	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N				
Personal history of <b>Endometrial (uterine) cancer</b> at any age‡	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N				
<b>TWO</b> individuals on the same side of my family (can include me): at least 1 with <b>colon/rectal or endometrial (uterine) cancer</b> at any age <b>AND ALSO</b> 1 diagnosed before age 50 with a Lynch-associated* cancer	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N				
<b>THREE OR MORE</b> individuals on the same side of my family (can include me) with a <b>Lynch-associated* cancer</b> at any age, with at least 1 being a colon/rectal or endometrial (uterine) cancer	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N				

‡ PREMM<sub>(1,2,6)</sub> Score ≥ 5%

\* Lynch-associated cancers include: colon, endometrial(uterine), stomach, ovarian, pancreatic, brain, small bowel, kidney, urinary tract, biliary tract, sebaceous (skin gland).

Have you or a family member had genetic testing for a <b>hereditary cancer syndrome</b> ?	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	If yes, Who? _____ What gene(s)? _____ What was the result? _____
---	---	--

## Cancer Risk Assessment Review (To be completed after discussion with healthcare provider)

**Patient's Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
**Health Care Provider's Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

### Office Use Only

Patient offered hereditary cancer genetic testing?  YES  NO  ACCEPTED  DECLINED

If YES, which test?  BRACAnalysis® with Myriad myRisk®  Multisite 3 BRACAnalysis REFLEX to BRACAnalysis with Myriad myRisk

COLARIS®PLUS with Myriad myRisk  COLARIS AP®PLUS with Myriad myRisk  Single Site Testing  Myriad myRisk Update  Other: \_\_\_\_\_

Follow-up appointment scheduled:  YES  NO Date of Next Appointment: \_\_\_\_\_