

Cuestionario Sobre el Historial de Cáncer en su Familia

Favor de completar la información sobre **AMBOS** lados de su familia (su familia materna y su familia paterna).

Por cada pariente que ha tenido o tiene cáncer: Indique el tipo de cáncer (en qué parte del cuerpo apareció el cáncer) y a qué edad fue diagnosticado. También díganos si la persona ha tenido cáncer más de una vez. Incluya a todos sus parientes, incluso a aquellos que no han tenido cáncer.

Favor de incluir la información más completa que pueda. Hablar con sus parientes puede ayudarle a completar el cuestionario. Es muy importante tratar de confirmar el diagnóstico de cáncer en sus parientes, y la mejor manera es a través de copias de expedientes médicos. Sabemos que esto no es posible en todos los casos, sobre todo si sus parientes viven en otros países, pero si hay manera de obtenerlos son muy útiles.

SUS PADRES

PRIMER NOMBRE	Está viva/ vivo?	Edad actual o edad cuando falleció	¿HA TENIDO O TIENE CÁNCER? (MARQUE RESPUESTA CON UNA "X")	¿A QUÉ EDAD SE LE DIAGNOSTICÓ ESTE CÁNCER?	TIPO DE CÁNCER (POR EJEMPLO SENO, INTESTINO, PULMÓN, ETC.)
Su Madre	Sí / No		Sí / No / No Se		
Su Padre	Sí / No		Sí / No / No Se		

TODOS sus ABUELOS

PRIMER NOMBRE	Está viva/ vivo?	Edad actual o edad cuando falleció	¿HA TENIDO O TIENE CÁNCER? (MARQUE RESPUESTA CON UNA "X")	¿A QUÉ EDAD SE LE DIAGNOSTICÓ ESTE CÁNCER?	TIPO DE CÁNCER (POR EJEMPLO SENOS, INTESTINO, PULMÓN, ETC.)
Su abuela Materna	Sí / No		Sí / No / No Se		
Su abuelo Materno	Sí / No		Sí / No / No Se		
Su abuela Paterna	Sí / No		Sí / No / No Se		
Su abuelo Paterno	Sí / No		Sí / No / No Se		

SUS HERMANAS Y HERMANOS (incluya a los hermanos de ambos padres y medios hermanos)

PRIMER NOMBRE	Hombre /Mujer	Está viva/vivo?	Edad actual o edad cuando falleció	¿HA TENIDO O TIENE CÁNCER? (MARQUE RESPUESTA CON UNA "X")	¿A QUÉ EDAD SE LE DIAGNOSTICÓ ESTE CÁNCER?	TIPO DE CÁNCER (POR EJEMPLO SENO, INTESTINO, PULMÓN, ETC.)
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		

SUS HIJOS/HIJAS (no incluya los adoptados)

PRIMER NOMBRE	Hombre /Mujer	Está viva/vivo?	Edad actual o edad cuando falleció	¿HA TENIDO O TIENE CÁNCER? (MARQUE RESPUESTA CON UNA "X")	¿A QUÉ EDAD SE LE DIAGNOSTICÓ ESTE CÁNCER?	TIPO DE CÁNCER (POR EJEMPLO SENO, INTESTINO, PULMÓN, ETC.)
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		

Tíos y Tías del lado Materno (Hermanos y Hermanas de su mamá)

PRIMER NOMBRE	Hombre /Mujer	Está viva/vivo?	Edad actual o edad cuando falleció	¿HA TENIDO O TIENE CÁNCER? (MARQUE RESPUESTA CON UNA "X")	¿A QUÉ EDAD SE LE DIAGNOSTICÓ ESTE CÁNCER?	TIPO DE CÁNCER (POR EJEMPLO SENO, INTESTINO, PULMÓN, ETC.)
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		

Tíos y Tías Paternos: Hermanos y Hermanas de su Papá

PRIMER NOMBRE	Hombre /Mujer	Está viva/vivo?	Edad actual o edad cuando falleció	¿HA TENIDO O TIENE CÁNCER? (MARQUE RESPUESTA CON UNA "X")	¿A QUÉ EDAD SE LE DIAGNOSTICÓ ESTE CÁNCER?	TIPO DE CÁNCER (POR EJEMPLO SENO, INTESTINO, PULMÓN, ETC.)
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		
	H / M	Sí / No		Sí / No / No Se		

Utilice esta sección para agregar a otros parientes con cáncer incluyendo primos y primas, sobrinos y sobrinas, tíos abuelos, etc.

Parentesco (por ejemplo prima, sobrino, bisabuelo, etc.)	Pariente del lado materno (m) o paterno (p)?	PRIMER NOMBRE	Hombre /Mujer	Está viva/vivo?	Edad actual o edad cuando falleció	¿A QUÉ EDAD SE LE DIAGNOSTICÓ ESTE CÁNCER?	TIPO DE CÁNCER (POR EJEMPLO SENO, INTESTINO, PULMÓN, ETC.)
	M / P		H / M	Sí / No			
	M / P		H / M	Sí / No			
	M / P		H / M	Sí / No			
	M / P		H / M	Sí / No			
	M / P		H / M	Sí / No			
	M / P		H / M	Sí / No			
	M / P		H / M	Sí / No			
	M / P		H / M	Sí / No			
	M / P		H / M	Sí / No			
	M / P		H / M	Sí / No			