

# Dr. Víctor V. Vigil

Oncología, Hematología y Genética de Cáncer

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## I. HISTORIA DE CÁNCER EN SU FAMILIA...

¿Cuál es la etnia (origen) de su familia paterna? : \_\_\_\_\_

¿Cuál es la etnia (origen) de su familia materna? : \_\_\_\_\_

	SI	NO		SI	NO
¿Tiene ascendencia Judía Ashkenazi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Historia familiar de Pólipos de Colon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Historia familiar de Cáncer de Mama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Historia familiar de Cáncer de Ovario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Historia familiar de Cáncer de Útero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Historia familiar de Cáncer de Colon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Historia familiar de Cáncer de Próstata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Historia familiar de Cáncer de Páncreas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## II. HISTORIA DE CÁNCER EN SU FAMILIA INMEDIATA...

Si aplica(n), por favor incluya: padre, madre, hermano(s), hermana(s), hijo(s), hija(s) y a usted mismo.

Relación	Nombre	Edad actual	Edad al morir	Diagnóstico de Cáncer / Edad	Hospital / Información para contactar al Doctor
Usted			----		
Padre					
Madre					

**III. HISTORIA DE CÁNCER EN LA FAMILIA DEL LADO DE SU PADRE...**

*Favor de incluir todos los que apliquen: abuelo, abuela, tío(s), tía(s), primo(s), sobrino(s) y sobrina(s)*

Relación	Nombre	Edad actual	Edad al morir	Diagnóstico de Cáncer / Edad	Hospital / Información para contactar al Doctor
Abuelo					
Abuela					

**IV. HISTORIA DE CÁNCER EN LA FAMILIA DEL LADO DE SU MADRE...**

*Favor de incluir todos los que apliquen: abuelo, abuela, tío(s), tía(s), primo(s), sobrino(s) y sobrina(s)*

Relación	Nombre	Edad actual	Edad al morir	Diagnóstico de Cáncer / Edad	Hospital / Información para contactar al Doctor
Abuelo					
Abuela					