



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					