



Información Genética del Paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

1. Alguien en su familia materna ó paterna tiene historia médica de...

1.1 Cáncer de Colon ó Rectal: **Si** **No**

1.2 Cáncer de Mama: **Si** **No**

1.3 Cáncer de Ovario: **Si** **No**

1.4 Cáncer de Próstata: **Si** **No**

1.5 Cáncer de Páncreas: **Si** **No**

1.6 Melanoma (Cáncer en la Piel): **Si** **No**

2. Alguien en su familia es descendiente de Judíos Ashkenazi: **Si** **No**

3. Alguien en su familia tiene Pólipos de Colon: **Si** **No**

3.1 ¿Quién? _____ 3.2 ¿Cuántos pólipos? _____

3.3 ¿Tiene Pólipos Adenomatosos? _____

4. ¿Alguien en su familia tiene Cáncer, especialmente alguien menor de 55 años? **Si** **No**

4.1 En caso afirmativo, ¿A qué edad? _____

4.2 ¿Qué edad tiene actualmente? _____

5. ¿Existen disponibles Reportes de Patología y/o Pruebas de Genes de cualquier miembro de su familia que haya tenido o tenga Cáncer? _____

6. ¿Alguien en su familia ha tenido anteriormente una Consulta Genética? **Si** **No**

7. ¿Tiene cualquier primo(a), sobrinas y/o sobrinos que hayan tenido Cáncer? **Si** **No**

8. ¿En su familia hay alguien con pigmentación rara en la piel ó multiples manchas en la piel ó lunares raros? **Si No**

9. ¿En su familia hay alguien con cabeza y/o nariz extraordinariamente grandes? **Si No**

10. ¿En su familia hay alguien con historia de Retraso Mental? **Si No**

11. Es muy importante conocer las edades de sus parientes con Cáncer...

11.1 ¿A qué edad fueron diagnosticados con Cáncer?

11.2 ¿Qué edad tienen actualmente?

11.3 ¿Qué edad tenían cuando fallecieron?
