





**HISTORIAL FAMILIAR DE CÁNCER**

Ninguno  Desconocido  Mama  Ovario  Pulmón  Páncreas  Colon  Próstata  Tiroides  Melanoma  
 Neurofibromatosis  Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF)  Otro: \_\_\_\_\_

**ENFERMEDADES FAMILIARES**

Ninguna  Desconocido  Alta presión (Hipertensión)  Diabetes  Enfermedad de la arteria coronaria  
 Colesterol (Hiperlipidemia)  Otra: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD**

**Colonoscopia**  Nunca  Fecha de la última: \_\_\_\_\_ con Dr./Dra. \_\_\_\_\_  Programada para: \_\_\_\_\_

**Mamografía**  Nunca  Fecha de la última: \_\_\_\_\_ con Dr./Dra. \_\_\_\_\_  Programada para: \_\_\_\_\_

**Papanicolau**  Nunca  Fecha de la última: \_\_\_\_\_ con Dr./Dra. \_\_\_\_\_  Programada para: \_\_\_\_\_

**Vacuna de la influenza** más reciente (mes/año) \_\_\_\_\_

¿Ha recibido la **vacuna de la neumonía** este año?  No  Si (fecha) \_\_\_\_\_

¿Ha recibido la **serie de vacunas Gardasil**?  No  Si (fechas) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS--- anote cualquier alergia a medicamento**

Medicamento	Reacción
1	
2	
3	

**ALERGIAS A ALIMENTOS---- anote cualquier alergia a alimentos**

Medicamento	Reacción
1	
2	
3	

**MEDICAMENTOS- anote cualquier medicamento que esté tomando actualmente, incluyendo suplementos**

Nombre de medicamento	Dosis	Frecuencia tomada
1	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día o cada _____ horas
2	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día o cada _____ horas
3	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día o cada _____ horas
4	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día o cada _____ horas
5	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día o cada _____ horas
6	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día o cada _____ horas
7	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día o cada _____ horas
8	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día o cada _____ horas
9	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día o cada _____ horas
10	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día o cada _____ horas

**FARMACIA--- complete la información de su farmacia preferida**

Nombre de farmacia	Dirección	Número de teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____

NOMBRE DE PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE HOY \_\_\_\_\_



## CUESTIONARIO DE HISTORIA FAMILIAR

*Para Síndromes de Cáncer Hereditario Comunes*

NOMBRE DE PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

FIRMA DE PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

Edad de primera menstruación \_\_\_\_\_ Edad de primer embarazo a término \_\_\_\_\_

¿Se le ha practicado una biopsia quirúrgica o con aguja de los senos? Si No

¿Si la respuesta es sí, la biopsia mostro células atípicas? Si No Desconocido

¿Es menopáusica? Si No

¿Ha estado alguna vez bajo terapia de remplazo hormonal? Si No

¿Ha alguno de sus familiares se le ha hecho estudios genéticos del alguno de los síndromes de cáncer hereditarios comunes? Si No

Favor de indicar abajo si hay algún historial **personal** o **familiar** de los siguientes canceres. Si la respuesta es sí, indique la **relación familiar**, así como **la edad de la persona cuando fue diagnosticada** en la columna apropiada. Considere historial de padres, hermanos/as, hijos/as, abuelos/as, tíos/as, así como primos/as.

### CÁNCER DE OVARIOS Y DE MAMA (BRCA)

			USTED (edad diagnosticada)	Hermanos/as Hijos/as (edad diagnosticados)	Lado Materno (Edad de diagnosticado)	Lado Paterno (Edad diagnosticado)
SI	NO	Ejemplo: Cáncer de Colon		Hermano edad 36	Tía edad 44	Abuelo edad 65 Primo edad 58
		Cáncer de Mama				
		¿Si la respuesta es sí, se receto Tamoxifeno u Herceptin?				
		Cáncer de Mama en ambos senos o múltiples canceres de mama primarios				
		Cáncer de Ovario				
		Cáncer de Mama masculino				
		Cáncer de próstata (BRCA)				
		Cáncer de páncreas (Col/BRCA)				
		Melanoma (BRCA)				
		¿Es de descendencia askenazí judía?				

### CÁNCER DE COLON Y DE ÚTERO (Colaris)

		Cáncer de Útero (endometrial)				
		Cáncer de Colon				
		Cáncer de ovario, estomago, riñón/tracto urinario, cerebral, o del intestino delgado (Favor de circular el tipo de cáncer)				
		Cáncer de páncreas (Col/BRCA)				

# LISTA DE SÍNTOMAS

NOMBRE DE PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

*Por favor indique si ha experimentado estos síntomas en los últimos 30 días:*

## GENERAL

- Pérdida de peso inexplicable
- Aumento de peso inexplicable
- Fatiga Inexplicable
- Pérdida de apetito
- Sudores nocturnos
- Fiebre
- Escalofríos

## OJOS

- Problemas de visión inexplicable

## OREJAS, NARIZ, BOCA Y GARGANTA

- Sangrado de nariz
- Infección Oral/Algodoncillo
- Llagas en la boca

## GINECOLOGÍA Y SENOS

- Menstruación abundante, excesiva
- Menstruación Irregular
- Sangrado después de la menopausia
- Dolor durante relaciones sexuales
- Bultos o Masas en los Senos
- Deshecho del pezón
- Deshecho vaginal
- Sangrado después de relaciones sexuales
- Dolor pélvico crónico
- Síndrome premenstrual
- Picazón en la vagina/vulva

## BIENESTAR

- Malestar vaginal todo el tiempo
- Problemas urinarios
- Malestar/dolor durante relaciones sexuales

## CARDIACO

- Dolor en el pecho
- Palpitaciones del corazón
- Mareos
- Inflamación de las piernas
- Dolor en las piernas
- Desmayos

## RESPIRATORIO

- Falta de aliento inexplicable

## GASTROINTESTINAL

- Nausea
- Vomito
- Acidez
- Estreñimiento
- Diarrea
- Dolor abdominal
- Sangrado rectal
- Sangre en heces
- Incontinencia intestinal

## GENITOURINARIO

- Sangrado vaginal
- Dolor/ardor al orinar
- Sangre en la orina
- Orinar frecuentemente
- Incontinencia urinaria
- Retención de orina

## MUSCULO-SKELETAL

- Dolor de músculos
- Rigidez
- Dolor en articulaciones
- Inflamación en articulaciones
- Dolor de espalda

## PIEL

- Erupciones
- Otros síntomas de la piel:  
\_\_\_\_\_

## NEUROLOGIC

- Dolores de cabeza recurrentes inexplicables
- Convulsiones
- Mareos inexplicables
- Pérdida de equilibrio
  - ¿Ha tenido 2 o más caídas en este año?  
Si No
  - ¿Ha experimentado alguna lesión debido a una caída?  
Si No
- Debilidad en las extremidades
- Pérdida de sensación
- Sensación de hormigueo

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

### Poco interés o placer en hacer las cosas

- En absoluto (0)
- Varios días (1)
- Más de la mitad de los días (2)
- Casi todos los días (3)

### Sentirse desanimado, deprimido o sin Esperanza

- En absoluto (0)
- Varios días (1)
- Más de la mitad de los días (2)
- Casi todos los días