

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 | ¿QUÉ EDAD TIENE? (SI VIVE) | ¿A QUÉ EDAD FALLECIÓ? | ¿HA TENIDO O TIENE CÁNCER? (MARQUE REPESTA CON UNA "X") | ¿A QUÉ EDAD SE LE DIAGNOSTICÓ ESTE CÁNCER? | TIPO DE CÁNCER (POR EJEMPLO SENO, INTESTINO, PULMÓN, ETC.) |
|---------------|----------------------------|-----------------------|---|--|--|
| Su Madre | V / M | | Si / No / No Se | | |
| Su Padre | V / M | | Si / No / No Se | | |

TODOS sus ABUELOS

| PRIMER NOMBRE | ¿QUÉ EDAD TIENE? (SI VIVE) | ¿A QUÉ EDAD FALLECIÓ? | ¿HA TENIDO O TIENE CÁNCER? (MARQUE REPESTA CON UNA "X") | ¿A QUÉ EDAD SE LE DIAGNOSTICÓ ESTE CÁNCER? | TIPO DE CÁNCER (POR EJEMPLO SENO, INTESTINO, PULMÓN, ETC.) |
|-------------------|----------------------------|-----------------------|---|--|--|
| Su abuela Materna | V / M | | Si / No / No Se | | |
| Su abuelo Materna | V / M | | Si / No / No Se | | |
| Su abuela Paterna | V / M | | Si / No / No Se | | |
| Su abuelo Paterno | V / M | | Si / No / No Se | | |

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

| PRIMER NOMBRE | Hombre / Mujer | ¿QUÉ EDAD TIENE? (SI VIVE) | ¿A QUÉ EDAD FALLECIÓ? | ¿HA TENIDO O TIENE CÁNCER? (MARQUE REPESTA CON UNA "X") | ¿A QUÉ EDAD DIAGNOSTICÓ | TIPO DE CÁNCER (POR EJEMPLO SENO, INTESTINO, PULMÓN, ETC.) |
|---------------|----------------|----------------------------|-----------------------|---|-------------------------|--|
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |

SUS NIÑOS BIOLÓGICOS

| PRIMER NOMBRE | Hombre / Mujer | ¿QUÉ EDAD TIENE? (SI VIVE) | ¿A QUÉ EDAD FALLECIÓ? | ¿HA TENIDO O TIENE CÁNCER? (MARQUE REPESTA CON UNA "X") | ¿A QUÉ EDAD DIAGNOSTICÓ | TIPO DE CÁNCER (POR EJEMPLO SENO, INTESTINO, PULMÓN, ETC.) |
|---------------|----------------|----------------------------|-----------------------|---|-------------------------|--|
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |

Lado de la Madre: SUS TÍTULOS MATERNALES Y TÍTULOS

| PRIMER NOMBRE | Hombre / Mujer | ¿QUÉ EDAD TIENE? (SI VIVE) | ¿A QUÉ EDAD FALLECIÓ? | ¿HA TENIDO O TIENE CÁNCER? (MARQUE REPESTA CON UNA "X") | ¿A QUÉ EDAD DIAGNOSTICÓ | TIPO DE CÁNCER (POR EJEMPLO SENO, INTESTINO, PULMÓN, ETC.) |
|---------------|----------------|----------------------------|-----------------------|---|-------------------------|--|
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |

Lado del Padre: SUS TÍTULOS PATERNOS Y TÍTULOS

| PRIMER NOMBRE | Hombre / Mujer | ¿QUÉ EDAD TIENE? (SI VIVE) | ¿A QUÉ EDAD FALLECIÓ? | ¿HA TENIDO O TIENE CÁNCER? (MARQUE REPESTA CON UNA "X") | ¿A QUÉ EDAD DIAGNOSTICÓ | TIPO DE CÁNCER (POR EJEMPLO SENO, INTESTINO, PULMÓN, ETC.) |
|---------------|----------------|----------------------------|-----------------------|---|-------------------------|--|
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |
| | H / M | V / M | | Si / No / No Se | | |

UTILIZE ESTA SECCIÓN PARA AGREGAR A OTROS PARIENTES NO ANTERIORMENTE LISTADOS QUE TIENEN O HAN TENIDO CÁNCER INCLUYENDO PRIMOS Y PRIMAS, SOBRINOS Y SOBRINAS, TÍOS, ABUELOS, ETC.

| RELACIÓN | PRIMER NOMBRE | Hombre / Mujer | ¿QUÉ EDAD TIENE? (SI VIVE) | ¿A QUÉ EDAD FALLECIÓ? | ¿A QUÉ EDAD DIAGNOSTICÓ | TIPO DE CÁNCER (POR EJEMPLO SENO, INTESTINO, PULMÓN, ETC.) |
|-----------------|----------------------|----------------|----------------------------|-----------------------|-------------------------|---|
| | | H / M | V / M | | | |
| | | H / M | V / M | | | |
| | | H / M | V / M | | | |
| | | H / M | V / M | | | |
| | | H / M | V / M | | | |
| | | H / M | V / M | | | |
| | | H / M | V / M | | | |
| | | H / M | V / M | | | |
| | | H / M | V / M | | | |
| | | H / M | V / M | | | |
| | | H / M | V / M | | | |