

## HOJA DE INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Celular / Casa: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_

**Origen Etnico:** Blanco  Negro  Indio Americano  Esquimal/Aleutiano   
 Asiático  Isleño del Pacifico  Ashkenazi Jewish  Hispano  Otra Raza: \_\_\_\_\_

Es este su primer mamograma?: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Ha estado en otro lugar?: \_\_\_\_\_  
 Cual lugar?: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Doctor que la refirió: Dr. \_\_\_\_\_

### Historia Personal

¿Tiene Implantes de seno? S \_\_\_ N \_\_\_  
 Silicona \_\_\_ salina \_\_\_ Combinación \_\_\_

Pre-Pectoral (delante del músculo)

retro-pectorales (detrás del músculo)

Has tenido sus ovarios eliminados? S \_\_\_ N \_\_\_

Has tenido una histerectomía? S \_\_\_ N \_\_\_

Cuando? \_\_\_\_\_

¿Tumorectomía? Der. \_\_\_ lz. \_\_\_ ambos \_\_\_

¿Cirugía de reducción? Der. \_\_\_ lz. \_\_\_ ambos \_\_\_

¿Mastectomía? Der. \_\_\_ lz. \_\_\_ ambos \_\_\_

¿Radioterapia? Der. \_\_\_ lz. \_\_\_ ambos \_\_\_

¿Quimoterapia? Der. \_\_\_ lz. \_\_\_ ambos \_\_\_

### Problemas Indicados (marque todos los que aplican):

\_\_\_ Ninguno

Actualmente tienes: \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

\_\_\_ Anormalidad del Seno Der. \_\_\_ lz. \_\_\_

\_\_\_ Bulto Der. \_\_\_ lz. \_\_\_

\_\_\_ Anormalidad del Pezón Der. \_\_\_ lz. \_\_\_

\_\_\_ Descarga del Pezón Der. \_\_\_ lz. \_\_\_

\_\_\_ Dolor Der. \_\_\_ lz. \_\_\_

\_\_\_ Engrosamiento de la piel Der. \_\_\_ lz. \_\_\_

\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

### Medicamentos:

\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Estrogeno \_\_\_\_\_

Progesterona \_\_\_\_\_

Píldoras anticonceptivas \_\_\_\_\_

Tamoxifeno/Arimidex \_\_\_\_\_

Otro y cuales? \_\_\_\_\_

### Perfil de Riesgos

¿Edad cuando menstruación empezó? \_\_\_\_\_

¿Edad cuando menstruación terminó? \_\_\_\_\_

¿Fecha de último periodo menstrual? \_\_\_\_\_

¿Edad de primer embarazo? \_\_\_\_\_

¿Ningún embarazo? S \_\_\_ N \_\_\_

¿Historia familiar de cáncer del seno? S \_\_\_ N \_\_\_

¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Edad que diagnosticaron? \_\_\_\_\_

Fecha? \_\_\_\_\_

¿Biopsias de seno? Der. \_\_\_ lz. \_\_\_ ambos \_\_\_

Ninguno \_\_\_\_\_

Cuando? \_\_\_\_\_

¿Biopsia mostró hiperplasia atípica? S \_\_\_ N \_\_\_

¿Biopsia mostró Locular Carcinoma In Situ? S \_\_\_ N \_\_\_

¿1er grado relativo con gene BRCA? S \_\_\_ N \_\_\_

(madre, hermana, hija)

¿Historia personal de cáncer de mama? S \_\_\_ N \_\_\_

Edad que diagnosticaron? \_\_\_\_\_

¿Antecedentes familiares de cáncer de ovario? S \_\_\_ N \_\_\_

Quién? \_\_\_\_\_

Edad que diagnosticaron? \_\_\_\_\_

¿Historia personal de cáncer de ovario? S \_\_\_ N \_\_\_

¿Edad que diagnosticaron? \_\_\_\_\_

¿Historia personal de cáncer, otro tipo? \_\_\_\_\_

En este momento no estoy embarazada

Firma del Paciente. \_\_\_\_\_

Firma del Paciente. \_\_\_\_\_ Fecha. \_\_\_\_\_

## Evaluación de Riesgo para Cáncer Hereditario

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

En su gran mayoría el cáncer es esporádico, en algunas familias el cáncer puede ser causado por cambios que ocurren en ciertos genes que pueden ser transmitidos de una generación a otra. Estos cambios genéticos incrementan el riesgo a tener ciertos cánceres incluyendo el de tener un segundo cáncer en las personas que ya han tenido cáncer anteriormente. Tanto miembros de su familia como usted se beneficiarían de esta información ya que estos riesgos a tener cáncer se pueden reducir significativamente con intervenciones médicas apropiadas. Comprender sus antecedentes familiares es el primer paso para saber si usted corre riesgo. Para determinar si podría haber cáncer hereditario en su familia, complete el cuadro siguiente lo más exacta posible:

### **Ha sido USTED diagnosticado/a con cualquiera de los siguientes cánceres...**

	SI	NO	NO LO SE
Cáncer de Seno antes de los 50 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de Ovario a cualquier edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 cánceres de Senos, o cáncer de Seno y Ovario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de Seno a cualquier edad (hombres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es Usted de descendencia Judío Asquenazí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Tiene familiares diagnosticados con cualquiera de los siguientes cánceres...**

(Por favor indique si es del lado familiar materno o paterno)

	SI	NO	Quien?
Cáncer de Seno antes de los 50 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer de Ovario a cualquier edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 cánceres de Senos, o cáncer de Seno y Ovario*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer de Seno a cualquier edad (hombres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

(Pueden ser 2 cánceres en una misma persona o 2 o más familiares diferentes con cualquiera de estos cánceres)

Si ha marcado un SI, usted tiene una historia personal o familiar indicativa de uno de los cánceres hereditarios más comunes y es candidato/a para una evaluación de riesgo y, si es apropiado se le recomendará un examen genético para ver si existe algún cambio en su gen. Por favor déjenos saber para proveerle información adicional que le ayudara a entender su riesgo individual y como manejarlo.

- El Paciente es candidato/a para una evaluación de riesgos y/o examen genético
- El examen genético fue ofrecido al paciente:       Aceptó       Declinó
- El paciente recibió información para llevar consigo
- Cita de seguimiento    Fecha: \_\_\_\_\_
- Video de educación proveído al paciente
- Panfleto de Educación proveído al paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de su Proveedor de Servicios Médicos

\_\_\_\_\_  
Fecha