

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Historia Médica y Quirúrgica

Historia Obstétrica				
Número de Nacimientos Vivos _____		Número de abortos _____		
Número de abortos espontáneos _____		Número de hijos vivos _____		
Fecha	Método de nacimiento (vaginal, cesárea, vacío, fórceps)	Peso del bebé	Sexo / Nombre del bebé	Complicaciones
<i>Por ejemplo:</i>				
10/2001	Vaginal	7lbs 2 oz	Chica / Luz	Diabetes

Historia Ginecológica			
¿Todavía Menstruar?		¿Postmenopáusico?	
Conteste a las preguntas siguientes:		Conteste a las preguntas siguientes:	
¿Su edad cuándo usted tenía su primer período?	_____	¿Su edad cuándo tenía su primer período?	_____
¿Cuándo era su período Pasado?	_____	¿Cuándo era su período Pasado?	_____
¿Cuándo era su Último Papanicolaou?	_____	¿Cuándo era su Último Papanicolaou?	_____
¿Era normal?	Y / N	¿Era normal?	Y / N
¿Ha tenido alguna Papanicolaou anormal?	Y / N	¿Ha tenido alguna Papanicolaou anormal?	Y / N
¿Ha tenido usted una infección sexual?	Y / N	¿Alguna vez ha tomado hormonas?	Y / N
¿Si sí, cuáles? _____		Si es así, ¿qué y cuándo? _____	
¿Es sexualmente activo usted?	Y / N	¿Es sexualmente activo usted?	Y / N
¿Usa usted la anticoncepción?	Y / N	¿Tiene el sexo con hombres, mujeres o los dos?	_____
¿Si sí, que tipo? _____		¿Ha hecho quitar usted su útero?	Y / N
¿Tiene el sexo con hombres, mujeres o los dos?	_____	¿Ha hecho quitar usted sus ovarios?	Y / N
¿Experimenta usted alguno de los siguientes?		¿Ha tenido usted alguna cirugía vaginal?	Y / N
¿Menses pesado?	Y / N	¿Experimenta usted alguno de los siguientes?	
¿La sangría entre períodos?	Y / N	¿Sangría postmenopáusica?	Y / N
¿Menses doloroso?	Y / N	Libido bajo	Y / N
¿Dolor con cópula?	Y / N	¿Incontinencia urinaria o fecal?	Y / N
¿la sangría después de cópula?	Y / N	¿"Caída" de órganos pélvicos?	Y / N

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Historia Médica			
Condición médica	Nombre de Medicación	la dosis y ¿qué frecuencia usted lo toma?	¿Cuándo comenzó usted esta medicación?
<i>Por ejemplo:</i>			
1. hipertensión	Lisinopril	10 mg , 1 a diario	2001
Comentario: <i>Tratada por el Dr. Smith</i>			
1.			
Comentario:			
2.			
Comentario:			
3.			
Comentario:			
4.			
Comentario:			
5.			
Comentario:			
6.			
Comentario:			
7.			
Comentario:			
8.			
Comentario:			

No tengo ninguna condición médica. _____

Quirúrgico y la Historia de Hospitalización		
Fecha	La cirugía, las lesiones graves o Razón de Hospitalización	Comentario
<i>Por ejemplo:</i>		
3/2001	Biopsia de mama	benigno
4/2002	accidente de automóvil - fractura pélvica	coágulo de sangre en hospital

Yo nunca he tenido cirugía o han sido hospitalizados. _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Historia de Familia		
Por favor ver Hoja aparte para Síndromes de Cáncer Hereditarios		
Miembro de Familia	Enfermedad	vida / difunto
Por ejemplo: Madre	Diabetes	Edad difunta 73

Fui adoptado y no conoce mi historia de familia. _____

Nadie en mi familia tiene cualquier problema médico. _____

Historia Social					
Estado civil (por favor círculo uno):	Solo	Viuda	Casada	Divorciada	Separados
El nombre del compañero: _____					
Nivel de educación más alto: _____					
Empleador y Título de Trabajo: _____					
Raza (por favor círculo uno):	Hispano	Africano-amer.	Caucásicos	Asiático-amer	Nativos-amer
La etnia (por favor círculo uno):	Latino	Judía	Árabe	Se negó	Otros: _____
¿Fuma actualmente usted?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Si sí, cuántos Paquetes por día?	¿Para cuántos años?		
¿Ha fumado alguna vez usted?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Si sí, cuántos Paquetes por día?	¿Para cuántos años?		
¿Bebe usted el alcohol?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Si sí, cuántos bebidas por semana?			
¿Usa usted drogas ilegales?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Si sí, cuáles?			
¿Usa usted la marihuana médica?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Si sí, cuánto?			

Revisión de Sistemas		
Por favor compruebe al lado de cualquier condición que usted haya tenido o tenga actualmente.		
Constitucional: cambio de peso <input type="checkbox"/>	ENT: Úlceras de la boca <input type="checkbox"/>	GI: Náusea / vómitos <input type="checkbox"/>
Fatiga o cansancio <input type="checkbox"/>	Infección del tracto respiratorio superior <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>
Ojos: cambios de visión <input type="checkbox"/>	Cardiovascular: Dolor en el pecho <input type="checkbox"/>	Ttuburetes sangrientos <input type="checkbox"/>
Cataratas <input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar al acostarse <input type="checkbox"/>	Estreñimiento <input type="checkbox"/>
Glaucoma <input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar en esfuerzo <input type="checkbox"/>	Psiquiátrico: Depresión <input type="checkbox"/>
Musculoskeletal: Debilidad <input type="checkbox"/>	Hematologic: contusión fácil <input type="checkbox"/>	Ansiedad <input type="checkbox"/>
Piel: Erupción <input type="checkbox"/>	La sangría fácil (gomas o nariz sangra) <input type="checkbox"/>	Endocrino: repentinos de calor <input type="checkbox"/>
Neurológicos: Convulsiones <input type="checkbox"/>	Adenopathy (glándulas aumentadas) <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>
Síncope (desmayo) <input type="checkbox"/>	Immunologic: alergias estacionales <input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides <input type="checkbox"/>
dolor de cabeza <input type="checkbox"/>	Alergias de comida <input type="checkbox"/>	Respiratorio: Salvo aliento <input type="checkbox"/>

Cuestionario sobre antecedentes familiares para síndromes comunes de cáncer hereditario

Nombre del(de la) paciente: _____ Médico: _____

Fecha en la que se completó el formulario: _____ Fecha de nacimiento: _____

Indique a continuación si tiene antecedentes personales o familiares de cualquiera de los siguientes tipos de cáncer. En caso afirmativo, indique parentesco y edad al momento del diagnóstico en la columna correspondiente. Tenga en cuenta padres, hijos, hermanos, hermanas, abuelos, tías, tíos y primos.

	USTED	Edad al momento del diagnóstico	HERMANOS/ HIJOS	Edad al momento del diagnóstico	POR PARTE DE SU MADRE	Edad al momento del diagnóstico	POR PARTE DE SU PADRE	Edad al momento del diagnóstico
Por ejemplo: Cáncer colorrectal	ninguno	—	Hermano	36 años	Tía Primo	44 años 58 años	Abuelo	65 años

CÁNCER DE MAMA Y DE OVARIO

Cáncer de mama								
Cáncer de ovario								
Cáncer de mama en ambas mamas o múltiples tumores malignos primarios de mama								
Cáncer de mama en hombres								

¿Es usted de ascendencia judía asquenazí? Sí No

CÁNCER DE ÚTERO Y DE COLON

Cáncer de útero (endometrio)								
Cáncer colorrectal								
Cáncer de ovario, de estómago, de riñón/vías urinarias, de cerebro O cáncer de intestino delgado								
10 o más pólipos en el colon								

MELANOMA

Melanoma								
Cáncer de páncreas								

OTROS TIPOS DE CÁNCER

-------	--	--	--	--	--	--	--	--

¿ALGUNA VEZ SE HA HECHO USTED O ALGUNO DE SUS FAMILIARES UNA PRUEBA PARA DETECTAR SU RIESGO DE CÁNCER HEREDITARIO?

Sí No Si responde Sí, explique: _____

PARA USO INTERNO SOLAMENTE	
<input type="checkbox"/> Patient appropriate for further risk assessment and/or genetic testing <input type="checkbox"/> BRACAnalysis® – A test for Hereditary Breast and Ovarian Cancer Syndrome <input type="checkbox"/> COLARIS® – A test for Lynch Syndrome (Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer) <input type="checkbox"/> COLARIS AP® – A test for Adenomatous Polyposis Syndromes <input type="checkbox"/> MELARIS® – A test for Hereditary Melanoma	<input type="checkbox"/> Discussed hereditary cancer risk with patient <input type="checkbox"/> Patient offered genetic testing <input type="checkbox"/> ACCEPTED <input type="checkbox"/> DECLINED <input type="checkbox"/> Follow up appointment scheduled Date: _____