Evaluación del riesgo de cáncer

_____ ____/____/____ ____/____/____

Nombe del Paciente **Fecha de Nacimiento** **Día de Hoy**

Se trata de una herramienta de detección para las características comunes de cáncer hereditario. Por favor responder a estas preguntas y tomar en consideración todos los familiares mencionados. Nuestro servicio nos permite darle la proyección más avanzada

Usted o alguien en su familia tuvieron las pruebas genéticas para un síndrome de cáncer hereditario? Sí ☐ No ☐

		CÁNCER	USTED, HERMANOS, HIJOS	RELACIÓN al miembro de la familia con cáncer de: Madre o parientes del lado de la madre (tías, tíos, abuelos, sobrinas, sobrinos)	RELACIÓN al miembro de la familia con cáncer de: PADRE o parientes en el lado del padre (tías, tíos, abuelos, sobrinas, sobrinos)
POR FAVOR RESPONDER A CADA PREGUNTA, LA LISTA DE MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE TENIA EL CANCER Y <u>LA EDAD DE DIAGNOSTICO</u>					
Sí	N	¿Cáncer de mama **<u>antes</u>** de los 50 años?			
Sí	N	¿Varios cánceres de mama en el mismo lado de la familia? • Si dos cánceres de mama se debe **<u>antes</u>** de los 50 años • Si tres o más cánceres de mama pueden ser de **<u>cualquier edad</u>**			
Sí	N	¿Ascendencia judía Ashkenazi *con* mama o cáncer de ovario en un *miembro de la familia* a **<u>cualquier edad</u>**?			
Sí	N	¿Cáncer de mama masculino a **<u>cualquier edad</u>**?			
Sí	N	¿Cáncer de ovario a **<u>cualquier edad</u>**?			
Sí	N	¿Cáncer endometrial (útero) **<u>antes</u>** de los 50 años?			
Sí	N	¿Cáncer de colon **<u>antes</u>** de los 50 años?			
Sí	N	¿**<u>Diez o más</u>** pólipos (adenomas colorrectales) de por vida?			
Sí	N	¿**<u>Tres o más</u>** cáncer de colon **<u>y/o</u>** endometrial (útero) a **<u>cualquier edad</u>** en el mismo lado de la familia?			
Y	N	¿Otra cáncer(es)?			

Firma de paciente: _____ **Fecha:** _____

Si Usted no "optó" de llenar este formulario por favor firme y feche la línea anterior, reconociendo que ofrecían cribado

For Office Use Only:

Patient offered risk assessment ☐ Accepted ☐ Declined Reason for Decline _____

If accepted, test name: ☐ Integrated BRAC myRisk ☐ ColarisPlus myRisk ☐ Other test name_____

Provider Signature_____Date_____