



Inició de historia del paciente

Actuales problemas o preocupaciones.
Marca [c] para los problemas actuales.
Marca [x] para indicar si tuvo estos problemas en el pasado.

CUELLO

- bocio
- nudo/bola
- dolor/rigidez

SENO

- nudo/bola
- deecho
- dolor

NEUROLÓGICO

- frecuentes dolores
- de cabeza
- convulsions
- Depresión/ Ansiedad
- Otro _____

CORAZON Y PULMÓNES

- tos crónica
- dificultad para respirar
- sudores nocturnos
- Chest pain or pressure
- Palpitación o revolotear
- tobillos hinchados

EXTREMIDADES

- artritis,dolor en
- las articulaciones
- varices
- calambres en las piernas
- coágulos de sangre
- ganglios linfáticos
- inflamados

INTESTINAL

- pérdada del apetito
- hinchazón
- nausea o vómito
- vómitos de sangre
- dolor en abdomen
- problemas de vesciula biliar
- cambio en los hábitos intestinales
- estreñimiento
- diarrea
- sangre en heces
- heces alquitranosas

RIÑON, VEJIGA Y GENITALES

- albúmina o azúcar en la orina
- sangre o pus en la orina
- infección del riñon o la vejiga
- levantarse por la noche a orinar (_____ cuántas veces)
- descarga vaginal
- escape de orina

MENSTRUACIÓN

- edad inicio del período _____
- fecha del ultimo período _____
- sangrado entre períodos _____
- número de embarazos _____
- año de la menopausia _____

Nombre: _____

HISTORIA DEL PASADO

Por favor enumere con fechas aproximadas

enfermedades principales _____

Operaciones _____

FAMILIA ANTECEDENTS DE ENFERMEDAD

(por ejemplo- cancer, presión arterial alta, diabetes)

madre _____

padre _____

hermano/hermana _____

hijos/hijas _____

HISTORIA SOCIAL

Por favor complete lo siguiente:

vivo con _____

estado civil _____

ocupación _____

¿fuma usted Sí No

¿bebes Sí No

¿usas drogas Sí No

ALERGIAS _____

MEDICAMIENTOS _____

por favor coloque una marca de verificación (✓) en los cuadros para ti y para cada miembro de la familia que ha tenido cáncer diagnosticado como se indica

	Cancer de mama		Cancer de ovario		Cancer de colon		Cancer de endometrio		Otros tipos de cancer a cualquier edad <small>Ovárico, gástrico, riñon/urinario, tracto del Sistema nervioso central, la vesicula, intestino</small>
	antes de los 50 años	a cualquier edad	antes de los 50 años	despues de los 50 años	antes de los 50 años	despues de los 50 años	antes de los 50 años	despues de los 50 años	

Parientes del primer grado									
usted									
mama									
Hermana/s									
hija/s									
del lado de su madre									
abuela									
tia/s									
primo/s									
del lado de su padre									
abuela									
tia/s									
primo/s									

Pregúntele a su proveedor para evaluar el riesgo de mama hereditario o cancer de ovario si tienes
 - Dos (2) o más marcas de verificación (✓) en el cuadro anterior o
 - Una (1) marca de verificación (✓) en el cuadro anterior y es ud. de ascendencia judía asquenazi o
 - Cualquier parientes varones con cancer de mama a cualquier edad

Pregúntele a su proveedor para evaluar el riesgo de cancer colorectal hereditario sin poliposis si tiene antecedentes personales o familiares de:
 - colon o cáncer endometrial diagnosticado antes de los 50 años o
 - Dos (2) parientes del primer grado con colon o cáncer de endometrio diagnosticado a cualquier edad, o
 - Dos (2) o más tumores en el mismo individuo (dos cánceres de colon o colon y cáncer de endometrio)