

Antecedentes de Cáncer del Seno y Evaluación de Riesgo

Por favor responda las siguientes preguntas sobre la salud de sus senos. Sus respuestas nos ayudarán a elaborar un plan de salud de los senos de acuerdo a sus necesidades. Si tiene alguna duda sobre las preguntas, con gusto le ayudaremos.

1. *Nombre* _____

2. *Fecha de hoy* _____ *Fecha de nacimiento* _____ *Edad* _____

3. *¿Cuál es su estatura actual?* _____ *pies* _____ *pulgadas*

4. *¿Cuál es su peso actual?* _____ *libras*

5. *¿Ha tenido recientemente algunos cambios o preocupaciones en sus senos?*

	<i>Derecho</i>	<i>Izquierdo</i>	<i>Cíclico</i>
<input type="checkbox"/> Bulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Secreción del pezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Retracción del pezón / piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Eritema / Hinchazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erupción / escama / ardor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nada			

6. *¿Le han hecho alguna vez examen de los senos?*

Examen físico de los senos hecho por un médico o enfermera

- No
 - No sé
 - Sí, el más reciente fue: _____
- Resultados: _____

Mamografía- Una radiografía de los senos (no una radiografía del pecho) o un ultrasonido:

- No
 - No sé
 - Sí, la más reciente fue _____
- Resultados _____

Otras pruebas que le hayan hecho en sus senos (biopsia de aguja, biopsia por escisión):

- No
 - No sé
 - Sí. ¿Qué se le hizo?: _____
¿Cuándo le hicieron las pruebas? _____
- Resultados: _____

7. Antecedentes personales y de su familia

Por favor indique con una "X" si usted o alguno de sus familiares de la columna a la izquierda ha tenido alguna de las siguientes enfermedades. Si usted o algunos de sus familiares tienen algún otro tipo de cáncer, favor de escribirlo. Proporcione información sobre su familia biológica únicamente, aquellos que viven y también los que hayan fallecido. Si usted es adoptada, por favor incluya la información sobre sus familiares biológicos, si es que la tiene.

	Cáncer del seno hasta los 50 años	Cáncer del seno después de los 50 años	Cáncer del seno en un pariente hombre	Cáncer ovárico	Otro tipo de cáncer* (favor de especificar)
Usted					
Sus padres					
Sus hermanos y hermanas					
Sus hijos					
Sus abuelos maternos					
Sus tíos maternos					
Sus abuelos paternos					
Sus tíos paternos					

* Por ejemplo, otros tipos de cáncer incluyen el del colon, tiroides, próstata, endometrio, pancreático, de la corteza suprarrenal, melanoma, sarcoma de la niñez, leucemia/linfoma, y del cerebro.

Si ha tenido antecedentes de cáncer del seno, por favor responda las siguientes preguntas.

¿Qué tratamientos tuvo para el cáncer del seno?

- Cirugía. ¿Qué tipo? _____
- Radiación. ¿Por cuánto tiempo? _____
- Quimioterapia. ¿Por cuánto tiempo? _____
- Hormonas. ¿Por cuánto tiempo? _____
- Otro: _____

8. ¿Ud. o algún miembro de su familia ha tenido resultado positivo de mutación en uno de los genes de susceptibilidad de cáncer del seno (por ejemplo, BRCA1, BRCA2, ATM, PTEN, STK11, MLH1, MSH2, TP53 o CHK2)?

- Sí. ¿Qué gene? _____
- No
- No sé/no estoy segura

9. ¿Es usted de herencia judía asquenazí (ciertas formas de cáncer de los ovarios y del seno son más comunes en familias judía asquenazí)?

- Sí
- No
- No sé/no estoy segura

10. Indique si alguna vez ha tenido alguna de las siguientes intervenciones médicas:

- Cirugía del seno no por cáncer (por ejemplo implantes, reducción, otro tipo)
- Tratamiento de radiación en su torso (no mamografía)

11. ¿Comenzó a menstruar antes de los 12 años de edad?

- Sí
- No
- No sé/no estoy segura

12. ¿Ha logrado un embarazo completo antes de los 30 años de edad?

- Sí
- No
- No sé/no estoy segura

13. ¿Ya comenzó su menopausia (sin menstruación durante 12 meses seguidos o más)?

- Sí. ¿A qué edad comenzó su menopausia? _____ años
- No
- No sé/no estoy segura

14. ¿Ha usado terapia de reemplazo de hormonas (estrógeno solo, o combinación de estrógeno y progesterona) por más de 5-10 años?

- Sí
- No
- No sé/no estoy segura

15. ¿Le han quitado sus ovarios?

- Sí. ¿Un solo ovario o ambos? _____
- No

16. En promedio, ¿usted toma más de dos bebidas alcohólicas al día?

- Sí
- No

17. ¿Cómo consideraría su riesgo de desarrollar cáncer del seno comparado con la mayoría de las mujeres?

- Bajo
- Mediano
- Alto
- No sé



Gracias por tomarse el tiempo para contestar este formulario.