

## Cuestionario sobre el cáncer hereditario

(los pacientes deben completarlo)

NOMBRE DEL PACIENTE	
FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE HOY

**Instrucciones:** Esta es una herramienta de detección para ayudar a que su proveedor de atención médica determine si usted se puede beneficiar de las pruebas genéticas del cáncer hereditario. Su proveedor de atención médica revisará este formulario para buscar cualquier factor de riesgo de presentar un síndrome de cáncer hereditario, como tipos similares de cáncer en la familia, diagnósticos de cáncer a edades tempranas o múltiples diagnósticos de cáncer en la misma persona.

### ¿EXISTEN ANTECEDENTES DE CÁNCER EN SU FAMILIA? Marque las opciones que correspondan.

Complete este formulario de la mejor manera posible. Considere solo a los familiares consanguíneos, como padre o madre, abuelos, abuelas, hijos, hijas, hermanos, hermanas, tías, tíos, primos y primas. Si comparte solo el padre o la madre con un hermano o hermana, indíquelo.

TIPO DE CÁNCER/TUMORES	USTED MISMO/PADRE O MADRE/HERMANOS/HERMANAS/HIJOS O HIJAS*	EDAD DE DIAGNÓSTICO (SE ACEPTAN ESTIMACIONES)	FAMILIA AMPLIADA (POR PARTE DE LA MADRE) TÍAS/TÍOS/PRIMOS O PRIMAS/ABUELOS O ABUELAS*	EDAD DE DIAGNÓSTICO (SE ACEPTAN ESTIMACIONES)	FAMILIA AMPLIADA (POR PARTE DEL PADRE) TÍAS/TÍOS/PRIMOS O PRIMAS/ABUELOS O ABUELAS*	EDAD DE DIAGNÓSTICO (SE ACEPTAN ESTIMACIONES)
✓ EJEMPLO: Cáncer de colon y recto	Yo	42			Tía Tío	46 55
CÁNCER DE MAMA (en mujeres u hombres)						
CÁNCER DE OVARIO (incluida la trompa de Falopio/cavidad peritoneal)						
CÁNCER DE ÚTERO						
CÁNCER DE COLON Y RECTO						
CÁNCER DE PÁNCREAS						
CÁNCER DE PRÓSTATA						
CÁNCER DE RIÑÓN						
MELANOMA						
CÁNCER DE ESTÓMAGO						
TUMOR CEREBRAL Tipo: _____						
OTRO TIPO DE CÁNCER Tipo: _____						
MÁS DE 10 PÓLIPOS COLORRECTALES (indique la cantidad)						

Sin antecedentes personales o familiares de cáncer

Mi familia es de origen judío asquenazí (una etnia que puede tener más probabilidades de padecer cáncer hereditario)

Yo, o alguien de mi familia, nos hemos sometido a pruebas genéticas para detectar un síndrome de cáncer hereditario. (Describa y proporcione una copia del resultado de la prueba, si es posible)

\* Indique si el familiar es hombre o mujer, si es posible.

# Posibles indicaciones y opciones de pruebas genéticas\*

(el proveedor de atención médica debe completar esta sección)

SI SU PACIENTE CUENTA CON ANTECEDENTES PERSONALES O FAMILIARES DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES, ES POSIBLE QUE SEA UN CANDIDATO ADECUADO PARA SOMETERSE A PRUEBAS GENÉTICAS.	Pruebas que SOLO incluyen genes que tienen pautas de gestión médica publicadas:	Opciones de perfiles completos que abordan múltiples tipos de cáncer, incluidos genes que pueden o no tener pautas de gestión publicadas:
<b>Cáncer de mama hereditario (personal o de un familiar de primer/segundo grado)</b>		
Cáncer de mama de manifestación temprana ( $\leq 50$ años)		
Cáncer de mama en una persona judía asquenazí, cáncer de mama triple negativo, múltiples casos de cáncer de mama o cáncer de mama masculino	BRCAplus®, BRCANext®, CancerNext®	CancerNext-Expanded®
Antecedentes personales de cáncer de mama Y 2 familiares cercanos que padezcan cáncer de mama o próstata <sup>^</sup>		
Antecedentes personales de cáncer de mama Y, al menos, 1 familiar cercano que padezca cáncer de próstata metastásico o de alto riesgo, cáncer de mama de manifestación temprana ( $\leq 50$ años), cáncer de mama masculino, cáncer de ovario o cáncer de páncreas <sup>^</sup>		
<b>Cáncer de carácter ginecológico hereditario (personal o de un familiar de primer/segundo grado)</b>		
Cáncer de ovario, de trompas de Falopio o primario de peritoneo a cualquier edad		
Cáncer de útero en una persona $< 50$ años o a cualquier edad con inestabilidad microsatelital (MSI, por sus siglas en inglés)/inmunohistoquímica (IHQ) anormal, o bien a cualquier edad con un segundo cáncer primario por el síndrome de Lynch	BRCANext®, CancerNext®	CancerNext-Expanded®
$\geq 3$ familiares cercanos que padezcan cáncer de colon y recto, endometrio, urotelio, estómago, ovarios, páncreas, cerebro, tracto biliar o intestino delgado		
<b>Cáncer de colon y recto hereditario (personal o de un familiar de primer/segundo grado)</b>		
$\geq 10$ pólipos colorrectales adenomatosos		
Cáncer de colon y recto en una persona $< 50$ años o a cualquier edad con MSI/IHQ anormal, o bien a cualquier edad con un segundo cáncer primario por el síndrome de Lynch	CancerNext®, ColoNext®	CancerNext-Expanded®
$\geq 3$ familiares cercanos que padezcan cáncer de colon y recto, endometrio, urotelio, estómago, ovarios, páncreas, cerebro, tracto biliar o intestino delgado		
<b>Cáncer de próstata hereditario (personal o de un familiar de primer/segundo grado)</b>		
Cáncer de próstata y ascendencia judía asquenazí		
Cáncer de próstata metastásico o de alto riesgo a cualquier edad		
Antecedentes personales de cáncer de próstata Y 2 familiares cercanos que padezcan cáncer de próstata o de mama <sup>^</sup>	CancerNext®	CancerNext-Expanded®
Antecedentes personales de cáncer de próstata Y, al menos, 1 familiar cercano que padezca cáncer de próstata metastásico o de alto riesgo, cáncer de mama de manifestación temprana ( $\leq 50$ años), cáncer de mama triple negativo, cáncer de mama masculino, cáncer de ovario o cáncer de páncreas		
<b>Cáncer de páncreas hereditario (exocrino)</b>		
Antecedentes personales o familiares de un familiar de primer grado (padre, madre, hermano, hermana, hijo o hija) que haya padecido cáncer de páncreas a cualquier edad	CancerNext®	CancerNext-Expanded®
<b>Otros tipos de cáncer hereditarios</b>		
Antecedentes personales de cáncer de riñón en una persona $\leq 46$ años O múltiples tipos de cáncer primario de riñón		CancerNext-Expanded®
$\geq 2$ familiares cercanos que padecen cáncer de riñón <sup>^</sup>		
Antecedentes personales de feocromocitoma o paraganglioma a cualquier edad		CancerNext-Expanded®
Antecedentes personales de cáncer gástrico difuso (CGD) a cualquier edad O antecedentes familiares de 2 o más familiares de primer o segundo grado que padezcan cáncer de estómago (al menos uno diagnosticado a una edad $\leq 50$ años O confirmado como CGD), O BIEN un familiar de primer o segundo grado que padezca cáncer de mama lobular y antecedentes personales o familiares de CGD	BRCAplus®, CancerNext®	CancerNext-Expanded®
$\geq 3$ diagnósticos de melanoma o cáncer de páncreas en el paciente o familiares cercanos. Diagnóstico personal de melanoma y un familiar de primer grado con cáncer de páncreas <sup>^</sup>	CancerNext®	
Antecedentes personales de cáncer bulbar de tiroides		CancerNext-Expanded®

\* Se trata de una lista sugerida; no exhaustiva. Hay otras situaciones en las que las pruebas genéticas pueden ser apropiadas.

<sup>^</sup> Del mismo lado de la familia.

Los familiares de primer grado son su padre o madre, hermanos, hermanas e hijos o hijas. Los familiares de segundo grado son sus abuelos o abuelas, nietos o nietas, hermanastros, hermanastras, tías, tíos, sobrinas y sobrinos.

1 Enterprise, Aliso Viejo, CA 92656, EE. UU. Teléfono gratuito +1.866.262.7943 Fax +1.949.900.5501 [amrygen.com](http://amrygen.com)

©2025 Ambray Genetics Corporation. Todos los derechos reservados. Ambray Genetics®, BRCAplus®, BRCANext®, CancerNext®, CancerNext-Expanded® y ColoNext®

son marcas comerciales registradas de Ambray Genetics Corporation

MKT-ONCO-FLYR-20075-ES v14 07.29.25