

## PATIENT INFORMATION

Clinic Site:  SFGH  UCSF

Site Coord. Initials:

First Name:

Last Name:

Study ID:

DOB:

Mammo Result:

1

2

3

4

n/a

Language:

**Este es un estudio sobre su salud.**

**Su participación en este estudio es voluntaria y usted puede terminar su participación en cualquier momento.**

**La información será compartida sólo con su médico y el equipo de investigación.**

**Dentro de dos semanas, le pediremos que complete un cuestionario de seguimiento, de 10 minutos de duración, por teléfono.**

**Usted recibirá una tarjeta de regalo de \$15 después del estudio.**

**Por favor, si usted tiene alguna pregunta, hable con la asistente de investigación.**

**¡PRESIONE SU RESPUESTA!**

Acepto participar

No deseo participar

**SIGUIENTE**

**PRESIONE "SIGUIENTE"**

**¿Alguna vez se ha realizado un mamograma?**

No

Sí

VOLVER

SIGUIENTE

## ¿Cuándo fue su último mamograma?

¡Si no lo sabe, marque el tiempo aproximado!

Hace menos de un año

Hace 1-2 años

Hace 2-3 años

Hace 4 o más años



## ¿Alguna vez le han realizado una biopsia de seno?

(Esto es cuando un doctor toma células o tejido de su seno con una aguja o cirugía.)

No

Sí

No sé

VOLVER

SIGUIENTE

**¿Cuántas biopsias del seno le han realizado?**

Una

Más de una

VOLVER

SIGUIENTE

**¿Su biopsia mostró a hiperplasia atípica, también llamada atipia?**

No

Sí

No sé

VOLVER

SIGUIENTE

**¿Quiere poner su estatura en...?**

Pies y Pulgadas

**O**

Metros y Centímetros



## ¿Cuánto mide usted?

Si no lo sabe, escriba un número aproximado.

 Pies   Pulgadas      

## ¿Cuánto mide usted?

Si no lo sabe, escriba un número aproximado.

Metros

Centímetros

1

2

Borrar

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

Borrar



¿Quiere poner su peso en...?

Libras

O

Kilogramos



## ¿Cuánto pesa usted?

Si no lo sabe, escriba un número aproximado.

Libras

1	2	3
4	5	6
7	8	9
0		
Borrar		



## ¿Cuánto pesa usted?

Si no lo sabe, escriba un número aproximado.

Kilogramos

1	2	3
4	5	6
7	8	9
0		
Borrar		



## ¿A qué edad tuvo su primer período menstrual?

¡Si no lo sabe, marque una edad aproximada!

Menos de 12 años

12 o 13 años

14 años o más

No sé

VOLVER

SIGUIENTE

**¿Ha tenido hijos?**

No

Sí

**VOLVER**

**SIGUIENTE**

## ¿Qué edad tenía usted cuando nació su primer hijo?

¡Si no lo sabe, marque una edad aproximada!

Menos de 20 años

Entre 20 y 24 años

Entre 25 y 29 años

Entre 30 y 39 años

40 años o más



**¿Todavía tiene períodos menstruales?**

No

Sí

No sé

VOLVER

SIGUIENTE

**¿Cuándo fue su último período menstrual?**

Hace menos de un año

Hace más de un año



**¿En la actualidad, está usted recibiendo algún tratamiento de hormonas o terapia hormonal?**

( Esto es cuando le recetan hormonas femeninas a las mujeres después de la menopausia.)

No

Sí – por menos de 5 años

Sí – por 5 años o más

No sé

VOLVER

SIGUIENTE

¿ En la actualidad, cuál de las siguientes hormonas o terapia hormonal está usted recibiendo?

(En pastillas, parche o inyección.)

*Solo* estrógenos

*Solo* progesterona

*Combinación* de estrógenos y  
progesterona

Estoy llevando un tratamiento con  
hormonas, pero no sé cuál es.



¿ En la actualidad, está usted tomando Tamoxifen (Nolvadex) o Raloxifene (Evista)?

No

Sí

No sé

VOLVER

SIGUIENTE

¿ En la actualidad, cuál de los siguientes medicamentos está usted tomando?

Tamoxifen (Nolvadex)

Raloxifene (Evista)



**¿Alguno de sus abuelos es de origen judío?**

No

Sí

No sé



**¿Alguna vez su doctor le ha dicho que usted tuvo cáncer de ovario?**

No

Sí

No sé

VOLVER

SIGUIENTE

**Las siguientes preguntas son acerca de sus familiares consanguíneos o de sangre, incluyendo a sus padres, hermanos, abuelos, tias y tios quienes son hermanos de sus padres.**

**(Familiares consanguíneos no incluyen familiares relacionados por matrimonio o adopción)**



**¿Alguna de sus familiares de sangre ha sido diagnosticada con un cáncer  
de ovario?**

No

Sí

No sé

VOLVER

SIGUIENTE

## ¿Cuáles de estas familiares de sangre fueron diagnosticadas con cáncer de ovario?

Seleccione todas las que correspondan.

Madre

Hermana(s)

Hija(s)

Abuela de su rama paterna

Abuela de su rama materna

Tía(s) de su rama paterna

Tía(s) de su rama materna

Otra(s) familiares

VOLVER

SIGUIENTE

¿Cuántas de sus hermanas fueron diagnosticadas con cáncer de ovario?

1

2 o más

VOLVER

SIGUIENTE

¿Cuántas de sus hijas fueron diagnosticadas con cáncer de ovario?

1

2 o más

VOLVER

SIGUIENTE

¿Cuántas de sus tías de su rama paterna fueron diagnosticadas con cáncer de ovario?

1

2 o más

VOLVER

SIGUIENTE

¿Cuántas de sus tías de su rama materna fueron diagnosticadas con cáncer de ovario?

1

2 o más

VOLVER

SIGUIENTE

**¿Alguno de sus familiares de sangre ha sido diagnosticado con cáncer de seno?**

No

Sí

No sé

VOLVER

SIGUIENTE

**¿Alguno de sus familiares de sangre masculinos ha sido diagnosticado con cáncer de seno?**

Esto incluye su padre, hermanos, tíos, abuelos e hijos.

No

Sí

No sé

VOLVER

SIGUIENTE

**¿Cuántos de sus familiares de sangre masculinos han sido diagnosticados con cáncer de seno?**

1

2

3

4 o más

VOLVER

SIGUIENTE

¿Alguna de sus familiares de sangre femeninas ha sido diagnosticada con cáncer de seno?

No

Sí

No sé

VOLVER

SIGUIENTE

¿Cuáles de estas familiares de sangre fueron diagnosticadas con cáncer de seno?

Seleccione todas las que correspondan

Madre

Hermana(s)

Hija(s)

Abuela de su rama paterna

Abuela de su rama materna

Tía(s) de su rama paterna

Tía(s) de su rama materna

Otra(s) familiares

VOLVER

SIGUIENTE

¿Cuántas de sus hermanas fueron diagnosticadas con cáncer de seno?

1

2 o más

VOLVER

SIGUIENTE

¿Cuántas de sus hijas fueron diagnosticadas con cáncer de seno?

1

2 o más

VOLVER

SIGUIENTE

¿Cuántas de sus tías de su rama paterna fueron diagnosticadas con cáncer de seno?

1

2 o más

VOLVER

SIGUIENTE

¿Cuántas de sus tías de su rama materna fueron diagnosticadas con cáncer de seno?

1

2 o más

VOLVER

SIGUIENTE

¿Alguno de sus familiares de sangre fue diagnosticado con cáncer de seno antes de los 51 años de edad?

No

Sí

No sé

VOLVER

SIGUIENTE

¿Cuántos de sus familiares de sangre fueron diagnosticados con cáncer de seno antes de los 51 años de edad?

1

2 o más

VOLVER

SIGUIENTE

**¿Alguna vez ha tenido usted una consulta de genética?**

(Esta es una consulta especial con un profesional de la salud acerca de su historia familiar de cáncer.)

No

Sí

No sé

VOLVER

SIGUIENTE

**¿Alguna vez ha tenido un examen de sangre o saliva para buscar un cambio en el gen de cáncer de seno?**

No

Sí

No sé

VOLVER

SIGUIENTE

**¿Cuál fue el resultado del examen de sangre del gen de cáncer de seno?**

Negativo

BRCA1 positivo

BRCA2 positivo

BRCA1 & BRCA2 positivos

No sé

**VOLVER**

**SIGUIENTE**

**¿Con qué frecuencia toma usted bebidas que contienen alcohol?**  
(Esto incluye bebidas como cervezas, vino, wine coolers, y licor.)

Nunca

Una vez al mes o menos

Una vez a la semana

Dos veces a la semana

En días alternos

Todos los días

VOLVER

SIGUIENTE

**En un día habitual, si toma alguna bebida alcohólica, ¿cuántos tragos toma?**

(Un trago es 1 lata/botella de cerveza o wine cooler, 1 copa de vino, coctel, o 1 trago de licor.)

1

2 o 3

4 o 5

6 o 7

8 o más

VOLVER

SIGUIENTE

**¿Cuánto ejercicio moderado (como caminar rápido) o fuerte (como correr) hace usted por semana?**

Ninguno

1 hora por semana

2-3 horas por semana

4-7 horas por semana

Más de 7 horas por semana

**VOLVER**

**SIGUIENTE**

**¿Es usted hispana, latina, o de origen hispano?**

No

Sí

VOLVER

SIGUIENTE

## ¿Cuál es su origen étnico?

Por favor elija el origen étnico con que usted más se identifica.

Blanca

Negra o Afro Americana

Nativa Americana o Nativa de  
Alaska

Asiática o Asiática Americana

Otra

VOLVER

SIGUIENTE

## ¿Cual de los siguientes mejor describe su grupo étnico?

Por favor elija el grupo étnico con que usted más se identifica.

Chino

Japonés

Filipino

Hawaiano

Vietnamita

Otro Isleño Pacifico

Otro Asiático Americano



**¡Muchas gracias!**

**Por favor espere que la asistente de investigación imprima su informe personal.**

Por favor tenga en cuenta que este informe tiene solo propósitos educativos y de información. Este informe NO se debe considerar para ningún diagnóstico, tratamiento o caso específico. Este informe no debe ser usado de ninguna forma como sustituto de un consejo médico. Nosotros le recomendamos que usted discuta su situación personal con un profesional médico.

**Muchas gracias por su tiempo.**

**Por favor, avísele a la asistente de investigación que usted ya terminó.**

