



capitahealth

CENTER FOR
COMPREHENSIVE BREAST CARE

LISA R. ALLEN, M.D.

ROSE E. MUSTAFA, M.D.

Capital Health
Center for Comprehensive Breast Care
Two Capital Way, Suite 505
Pennington, NJ 08534

FAMILY HISTORY OF CANCER

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Antecedentes familiares de cáncer (incluye a abuelos, padres, tíos, tías, hermanos, primos, hijos, sobrinas, sobrinos y nietos)

Desconoce/es adoptado Ninguno

| Relación | Materna/paterna | Edad al momento del diagnóstico | Tipo de cáncer | ¿Vive? | ¿Falleció por cáncer? |
|----------|-----------------|---------------------------------|----------------|--------|-----------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Antecedentes ginecológicos

¿A qué edad tuvo su primer período menstrual? _____

¿Cuándo tuvo su último período menstrual? _____

¿A qué edad le comenzó la menopausia? _____

¿Cuántos embarazos tuvo? _____

¿Cuántos hijos tiene? _____

¿Alguna vez ha perdido un embarazo o tenido un aborto? Cuantos abortos y cuantas perdidas? _____

¿Qué edad tenía cuando nació su primer hijo? _____

¿Dió de amamantar? ¿Durante cuánto tiempo? _____

¿Alguna vez se ha sometido a una terapia de reemplazo hormonal (para la menopausia)? ¿Durante cuánto tiempo? _____

¿Alguna vez ha usado métodos anticonceptivos? ¿Durante cuánto tiempo? _____

¿Cuándo se hizo la última mamografía? ¿Fue normal? _____

¿Alguna vez tuvo resultados anormales de una mamografía? _____

¿Cuándo se hizo el último examen de Papanicolaou? ¿Fue normal? _____

¿Alguna vez tuvo resultados anormales de un examen de Papanicolaou? _____