Cuestionario del Banco de Tejidos

Print

(1 de 15) Datos demográficos

Número de consentimiento informado: <u>HISPBB</u> -	-		()
---	---	--	---	---

¿Está en la actualidad recibiendo tratamiento para el cáncer?

- 31 - 110	
1. Sexo / Edad	O Hombre O Mujer
Fecha de nacimiento	
2. Raza ¿Cuál de estos grupos diría usted que representa mejor su raza? (Marque sólo una opción).	 Blanco Negro o afroamericano Asiático Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico Indio Americano o nativo de Alaska No lo sé/ No estoy seguro Prefiero no contestar Otro grupo. Especificar:
3. ¿Se considera usted Hispano o Latino?	○ Sí ○ No
4. Dirección residencial	*Calle 1: Calle 2: *Ciudad: *Estado: *Código postal:
5. País de procedencia	-Choose your country-
6. Estado civil	Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Relación consensual Viuda
7. Nivel escolar	O Hasta 8.º grado O De 8.º a 12.º grado Escuela vocacional Grado asociado Bachillerato Maestría Doctorado Otro
8. Ocupación actual	Tiempo: (años) (Si es menos de 1 año, escriba 1)
9. Empleo anterior	Tiempo: (años) (Si es menos de 1 año, escriba 1)

10. Exposición ocupacional

Productos químicos	O Sí	O No	¿Cuáles?
Sílice	O Sí	O No	

Asbestos	O Sí O No						
Desechos industriales	O Sí O No	¿Cuáles	?				
Construcción	O Sí O No						
Otros							
2 de 15) Antecede	entes perso	nales de	cáncer				
11. ¿Cuánto pesa usted	1?	0		I	ibras		
12. ¿Cuál es su estatur	a?	0		ļ	oies		
		0		ŗ	oulgadas		
13. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted tiene alguna de las siguientes infecciones? Coloque una marca de cotejo () en la siguiente tabla.							
Infección				Año de la primera infección (Dejar en blanco si no se acuerdo)			
Hepatitis (No conozco el tipo.)			□ (No	conozco e	l tipo.)	[
Hepatitis A			O Sí	O No		[
Hepatitis B			O Sí	O No		[
Hepatitis C			O Sí	○ No		[
Algún tipo del virus de	l papiloma huma	ano (VPH)	O Sí	O No		[
Sida / VIH			O Sí	○ No		[
Helicobacter pylori (causante de úlceras)			O Sí	O No		[
14. ¿Alguna vez le ha dicho un médico o profesional de la salud que usted tiene cáncer?							
○ Sí ○ No							
15. Si respondió que sí, ¿qué tipo de cáncer le han diagnosticado? (Favor de llenar la siguiente tabla). Si respondió que no, vaya a la pregunta 18.							
Tipo de cáncer Edad a la que se le			ue Trat	amiento q	ue recibe para e	el cáncer	

diagnosticó (-1:

desconocido)

 \square Radioterapia

☐ Radioterapia

Quimioterapia

☐ Quimioterapia

☐ Quimioterapia

☐ Quimioterapia

Quimioterapia

 $\hfill\Box$ Quimioterapia

☐ Quimioterapia

Quimioterapia

☐ Cirugía

☐ Ninguno

☐ Ninguno

□ Ninguno

☐ Ninguno

☐ Ninguno

☐ Ninguno

☐ Ninguno

☐ Ninguno

1. Anal

2. Vejiga

3. Cerebro

endocrino

6. Cuello uterino

7. Colon o recto

8. Endometrio o uterino

5. Tumor carcinoide/Tumor

4. Seno

Tipo de cáncer	Edad a la que se le diagnosticó (-1: desconocido)	Tratamiento qu	e recibe para el cá	ncer	
9. Esófago		□ Radioterapia	☐ Quimioterapia	☐ Cirugía	□ Ninguno
10. Vesícula		Radioterapia	□ Quimioterapia	☐ Cirugía	Ninguno
11. Tumor del estroma gastrointestinal (GIST)		□ Radioterapia	☐ Quimioterapia	□ Cirugía	□ Ninguno
12. Linfoma de Hodgkin		Radioterapia	□ Quimioterapia	□ Cirugía	□ Ninguno
13. Riñón		□ Radioterapia	☐ Quimioterapia	☐ Cirugía	□ Ninguno
14. Leucemia		□ Radioterapia	□ Quimioterapia	☐ Cirugía	□ Ninguno
15. Hígado		□ Radioterapia	□ Quimioterapia	☐ Cirugía	□ Ninguno
16. Pulmón		☐ Radioterapia	□ Quimioterapia	☐ Cirugía	□ Ninguno
17. Melanoma		□ Radioterapia	□ Quimioterapia	☐ Cirugía	□ Ninguno
18. Mieloma múltiple/Tumor de las células plasmáticas	5	□ Radioterapia	☐ Quimioterapia	☐ Cirugía	□ Ninguno
19. Linfoma no hodgkiniano		☐ Radioterapia	☐ Quimioterapia	□ Cirugía	□ Ninguno
20. Cavidad bucal		□ Radioterapia	□ Quimioterapia	□ Cirugía	□ Ninguno
21. Ovario		□ Radioterapia	□ Quimioterapia	□ Cirugía	□ Ninguno
22. Pancreático		□ Radioterapia	□ Quimioterapia	□ Cirugía	□ Ninguno
23. Próstata		□ Radioterapia	□ Quimioterapia	□ Cirugía	□ Ninguno
24. Otros		Radioterapia	□ Quimioterapia	□ Cirugía	□ Ninguno
16. ¿Alguna vez le ha dicho un médico o profesional de la salud que su cáncer se ha extendido o metastatizado a otras partes del cuerpo? Sí No 17. ¿A qué órgano o parte del cuerpo se ha metastatizado (se ha extendido) el cáncer? (Marque todo lo que corresponda). Al hígado Al cerebro Al pulmón A los huesos A otra parte Especificar: 3 de 15) Antecedentes de cáncer en la familia 18. ¿Se le ha diagnosticado cáncer a alguno de estos familiares consanguíneos? Sí No					
Familiar	Tipo de cáncer / Ed	ad a la que se le o	diagnosticó (-1: de	esconocido)	
1. Madre	-Tipo de cáncer-		/		
2. Padre	-Tipo de cáncer-		/		
3. Hermana(s)	-Tipo de cáncer-		/		
4. Hermano(s)	-Tipo de cáncer-		/		
5. Hija(s)	-Tipo de cáncer-		/		

Familiar	Tipo de cáncer / Edad a la que se le diagnosticó (-1: desconocido)
6. Hijo(s)	-Tipo de cáncer-
7. Abuela materna	-Tipo de cáncer-
8. Abuelo materno	-Tipo de cáncer-
9. Tía materna	-Tipo de cáncer-
10. Tío materno	-Tipo de cáncer-
11. Abuela paterna	-Tipo de cáncer-
12. Abuelo paterno	-Tipo de cáncer-
13. Tía paterna	-Tipo de cáncer-
14. Tío paterno	-Tipo de cáncer-
15. Otros	-Tipo de cáncer-

(4 de 15) Consumo de alcohol y tabaco

19. Conteste las siguientes preguntas referentes a su consumo medio de bebidas alcohólicas. Llene solamente UN cuadro por bebida.

¿Bebe ahora o ha bebido en el pasado cerveza o licor de malta (bebidas de 12 onzas)?	NuncaSolía beber pero ya no. / Lo dejé.Bebo.	¿Alrededor de cuántas bebidas consumía o consume por semana?
¿Bebe ahora o ha bebido en el pasado vino o refrescos con alcohol, como wine cooler (bebidas de 6 onzas)?	NuncaSolía beber pero ya no. / Lo dejé.Bebo.	¿Alrededor de cuántas bebidas consumía o consume por semana?
¿Bebe ahora o ha bebido en el pasado licor (Por ejemplo, ron, whisky, scotch; bebidas de 1 onza)?	NuncaSolía beber pero ya no. / Lo dejé.Bebo.	¿Alrededor de cuántas bebidas consumía o consume por semana?

20. ¿Usa en la actualidad o ha usado en el pasado alguno de estos productos de tabaco todos los días, todas las semanas o todos los meses?

Tabaco de mascar	Sí, en la actualidadSí, pero lo dejé.No	¿Cuántas veces a la SEMANA?
Rapé (snuff o dip)	Sí, en la actualidadSí, pero lo dejé.No	¿Cuántas veces a la SEMANA?
Pipa	Sí, en la actualidadSí, pero lo dejé.No	¿Cuántas veces a la SEMANA?
Cigarros	Sí, en la actualidadSí, pero lo dejé.No	¿Cuántas veces a la SEMANA? ¿Durante cuántos años?

21. ¿Ha fumado usted al menos 100 cigarrillos (son unas 5 cajetillas de cigarrillos) en toda su vida? (Si contestó que no, vaya a la pregunta 27).	○ Sí ○ No
22. ¿Cuántos años tenía usted cuando empezó a fumar cigarrillos?	años
23. ¿Aproximadamente durante cuántos años en total ha fumado cigarrillos? No incluya las veces en que dejó de fumar durante un mes o más.	Fumé durante años
24. Por término medio, ¿cuántos cigarrillos fumó o fuma por día?	cigarrillos por día
25. ¿Todavía fuma cigarrillos?	○ Sí ○ No
26. Si contestó que no, ¿cuánto tiempo hace que lo dejó?	años meses o

(5 de 15) Actividad física

27. ¿Practica usted alguna de las siguientes actividades físicas? Favor de llenar la siguiente tabla.

Actividades	Frecuencia			
Correr	O A diario	Semanal	O Mensual	O Nunca o raramente
Caminar	O A diario	Semanal	O Mensual	O Nunca o raramente
Nadar	O A diario	Semanal	O Mensual	O Nunca o raramente
Ejercicios aeróbicos	O A diario	Semanal	O Mensual	O Nunca o raramente
Levantamiento de pesas	O A diario	O Semanal	O Mensual	Nunca o raramente
Bicicleta	O A diario	O Semanal	O Mensual	O Nunca o raramente
Gimnasia	O A diario	Semanal	Mensual	O Nunca o raramente
Otros	A diario	Semanal	O Mensual	Nunca o raramente

28. ¿Cómo describe usted su nivel de actividad? Favor de hacer una marca de cotejo () en la siguiente tabla.

Nivel de actividad	0
1. Activo, sin restricciones.	0
2. Con restricciones. No puedo realizar actividades extenuantes, pero soy capaz de trabajar.	0
3. Ambulatorio, pero no soy capaz de realizar ninguna actividad de trabajo.	0
4. Parcialmente confinado a una silla de ruedas o cama.	0
5. Completamente incapacitado, totalmente confinado a silla de ruedas o cama.	0

(6 de 15) Calidad de vida

29. ¿Cómo se siente usted en este momento?	Tranquilo(a)Mucha energíaDesalentado(a)Triste
30. ¿Cómo se ha sentido usted en las últimas 4 semanas?	

			Explique cu	ıál :
32. ¿Su salud obstaculiza sus actividades sociales?			O Sí O I	No
33. En general, podría decir que su salud es:			© Excelent © Muy bue © Buena © Regular © Delicada	ena
34. ¿Alguna vez ha presentado usted los sig Favor de hacer una marca de cotejo () el	uientes problemas psicológi n la siguiente tabla.	cos o psiquiát	ricos?	
Diagnóstico			Sí / No	
Depresión			O Sí O I	No
Demencia			O Sí O I	No
Esquizofrenia			O Sí O I	No
Déficit de atención			O Sí O I	No
Trastorno maníaco-depresivo			O Sí O I	No
Trastorno obsesivo-compulsivo			O Sí O I	No
Otros:			O Sí O I	No
Otros: de 15) Antecedentes de cár 35. ¿Ha tenido usted en los últimos 3 meses			solamente	a) o
de 15) Antecedentes de cár 35. ¿Ha tenido usted en los últimos 3 meses Favor de hacer una marca de cotejo () el	s alguno de los siguientes pr	oblemas?	solamente	·) o
de 15) Antecedentes de cár	s alguno de los siguientes pr	oblemas?		·) o
de 15) Antecedentes de cár 35. ¿Ha tenido usted en los últimos 3 meses Favor de hacer una marca de cotejo () en Problemas	s alguno de los siguientes pr	oblemas? Sí / No Sí - O	No	·) o
de 15) Antecedentes de cár 35. ¿Ha tenido usted en los últimos 3 meses Favor de hacer una marca de cotejo () el Problemas Dolor al orinar	s alguno de los siguientes pr	Sí / No Sí - Sí Sí - Sí	No No	
de 15) Antecedentes de cár 35. ¿Ha tenido usted en los últimos 3 meses Favor de hacer una marca de cotejo () el Problemas Dolor al orinar Dificultad para comenzar a orinar	s alguno de los siguientes pr n la siguiente tabla.	oblemas? Sí / No Sí - O	No No No	
de 15) Antecedentes de cár 35. ¿Ha tenido usted en los últimos 3 meses Favor de hacer una marca de cotejo () en Problemas Dolor al orinar Dificultad para comenzar a orinar Sangrado en la orina Sensación de que la vejiga no se ha vac	s alguno de los siguientes pr n la siguiente tabla.	Sí / No Sí Sí O Sí O	No No No	
de 15) Antecedentes de cár 35. ¿Ha tenido usted en los últimos 3 meses Favor de hacer una marca de cotejo () en Problemas Dolor al orinar Dificultad para comenzar a orinar Sangrado en la orina Sensación de que la vejiga no se ha vacorinar	s alguno de los siguientes pr n la siguiente tabla. ciado del todo luego de e el día?	Sí / No Sí - Sí	No No No No	
de 15) Antecedentes de cár 35. ¿Ha tenido usted en los últimos 3 meses Favor de hacer una marca de cotejo () el Problemas Dolor al orinar Dificultad para comenzar a orinar Sangrado en la orina Sensación de que la vejiga no se ha vacorinar ¿Orina cada dos horas o menos durante	ciado del todo luego de e el día? noche?	Sí / No Sí / Sí Sí / Sí Sí / Sí Sí / No Sí	No No No No No	
de 15) Antecedentes de cár 35. ¿Ha tenido usted en los últimos 3 meses Favor de hacer una marca de cotejo () el Problemas Dolor al orinar Dificultad para comenzar a orinar Sangrado en la orina Sensación de que la vejiga no se ha vacorinar ¿Orina cada dos horas o menos durante ¿Se levanta varias veces a orinar en la	ciado del todo luego de e el día? noche?	Sí / No Sí / Sí Sí / Sí Sí / Sí Sí / No Sí	No No No No No	
de 15) Antecedentes de cár 35. ¿Ha tenido usted en los últimos 3 meses Favor de hacer una marca de cotejo () el Problemas Dolor al orinar Dificultad para comenzar a orinar Sangrado en la orina Sensación de que la vejiga no se ha vacorinar ¿Orina cada dos horas o menos durante ¿Se levanta varias veces a orinar en la 36. ¿Su doctor le ha dicho alguna vez que us Favor de hacer una marca de cotejo () el	ciado del todo luego de e el día? noche?	Sí / No Sí / No Sí / Sí Sí / No Dientes proble	No No No No mas de próstate	
de 15) Antecedentes de cár 35. ¿Ha tenido usted en los últimos 3 meses Favor de hacer una marca de cotejo () en Problemas Dolor al orinar Dificultad para comenzar a orinar Sangrado en la orina Sensación de que la vejiga no se ha vacorinar ¿Orina cada dos horas o menos durante ¿Se levanta varias veces a orinar en la 36. ¿Su doctor le ha dicho alguna vez que us Favor de hacer una marca de cotejo () en	ciado del todo luego de e el día? noche? sted tiene alguno de los siguiente tabla.	Sí / No Sí / No Sí / No Sí O Sí O Sí O Sí O Sí O Sí O	No No No No mas de próstata	
de 15) Antecedentes de cár 35. ¿Ha tenido usted en los últimos 3 meses Favor de hacer una marca de cotejo () en Problemas Dolor al orinar Dificultad para comenzar a orinar Sangrado en la orina Sensación de que la vejiga no se ha vacorinar ¿Orina cada dos horas o menos durante ¿Se levanta varias veces a orinar en la 36. ¿Su doctor le ha dicho alguna vez que us Favor de hacer una marca de cotejo () en Problemas de próstata Prosatitis	ciado del todo luego de e el día? noche? sted tiene alguno de los siguiente tabla.	Sí / No Sí S	No No No No mas de próstat	
de 15) Antecedentes de cár 35. ¿Ha tenido usted en los últimos 3 meses Favor de hacer una marca de cotejo () el Problemas Dolor al orinar Dificultad para comenzar a orinar Sangrado en la orina Sensación de que la vejiga no se ha vacorinar ¿Orina cada dos horas o menos durante ¿Se levanta varias veces a orinar en la 36. ¿Su doctor le ha dicho alguna vez que us Favor de hacer una marca de cotejo () el Problemas de próstata Prosatitis Próstata agrandada o hipertrofia benig	ciado del todo luego de e el día? noche? sted tiene alguno de los siguiente tabla.	Si / No Si O Si O Si O Si O O O O Si O O O O O O O O O	No No No No mas de próstat	

31. ¿Ha presentado usted en los últimos 3 meses algún problema de salud? $$\circ$_{Si}$ \circ $_{No}$

38. ¿Se ha hecho alguna vez la prueba del antígeno prostático específico (PSA)?	O Sí O No	Fecha del último laboratorio:	Resultado:
39. ¿Alguna vez ha presentado usted problemas de disfunción eréctil?	O Sí O No		

(8 de 15) Antecedentes de cáncer de colon

40.	¿На	presentado	usted	alguna	vez	problemas	del	tubo	digestivo?
-----	-----	------------	-------	--------	-----	-----------	-----	------	------------

O Sí O No

41. ¿Ha presentado usted en los últimos 3 meses los siguientes síntomas? Favor de hacer una marca de cotejo () en la siguiente tabla.

Síntomas	Sí / No
Cambios en los hábitos de evacuación	○ Sí ○ No
Cambios en el color de las heces	○ Sí ○ No
Estreñimiento	○ Sí ○ No
Deposiciones finas	○ Sí ○ No
Sangre en las heces	○ Sí ○ No
Heces negras o pegajosas	○ Sí ○ No

42. Si ha tenido sangrado rectal alguna vez, ¿cómo lo describe?	○ Sí ○ No
	No séSangrado rojo brillanteMelena (heces negras)
43. Si alguna vez tuvo sangrado rectal, ¿presentó dolor?	○ Sí ○ No
44. ¿Le ha recomendado su médico o profesional de la salud que se haga el examen de sangre oculta en las heces?	○ Sí ○ No
45. ¿Se le ha hecho alguna vez el examen de sangre oculta en las heces?	Sí No Resultado: Negativo (-) Positivo (+)
46. ¿Se le ha hecho alguna vez un tacto rectal?	○ Sí ○ No ○ Hace 5 años o más Cuándo:
47. ¿Se le ha hecho alguna vez una sigmoidoscopia o colonoscopia?	O Sí O No Cuándo:

Favor de hacer una marca de cotejo () en la siguiente tabla.

Resultado	Sí / No
Todo normal	○ Sí ○ No
Úlceras	○ Sí ○ No
Tumor	○ Sí ○ No
Divertículos	○ Sí ○ No

Resultado	Sí / No
Colitis	○ Sí ○ No
Fístulas	○ Sí ○ No
Hemorroides internas	○ Sí ○ No
Pólipos	○ Sí ○ No
48. ¿Se le realizó una biopsia durante la sigmoidoscopia o la colo Si respondió que sí, ¿cuáles fueron los resultados?	onoscopia? O Sí O No Resultado:
49. ¿Alguna vez ha tenido anemia?	○ Sí ○ No Niveles de hemoglobina:
(9 de 15) Antecedentes de cáncer de ovario (mu 50. ¿Ha presentado usted algunos de estos problemas ginecológicos en la Favor de hacer una marca de cotejo () en la siguiente tabla.	•
Problemas ginecológicos	Sí / No
1. Ciclos menstruales irregulares	○ Sí ○ No
2. Pérdida o aumento significativo de peso	© Sí ○ No
3. Inflamación abdominal	○ Sí ○ No
4. Malestar pélvico	○ Sí ○ No
5. Sangrado vaginal	○ Sí ○ No
6. Dolor en la espalda inexplicable que empeora con el tiempo	© Sí ○ No
7. Aumento de la circunferencia del abdomen	○ Sí ○ No
51. ¿Ha presentado algunos de estos síntomas gastrointestinales? Favor de hacer una marca de cotejo () en la siguiente tabla.	
Síntomas gastrointestinales	Sí / No
1. Aumento en la producción de gases	○ Sí ○ No
2. Inapetencia	○ Sí ○ No
3. Indigestión	○ Sí ○ No
4. Náuseas, vómitos	○ Sí ○ No
5. Distensión abdominal	○ Sí ○ No
6. Aumento en la frecuencia de orinar	○ Sí ○ No
7. Otros	
52. ¿Con que frecuencia visita usted a su ginecólogo?	Cada 6 meses Todos los años Con menos frecuencia que todos los años Nunca
53. ¿Cuándo fue la última vez que fue al ginecólogo?	

55. ¿Alguna vez se le ha que sí, ¿cuáles fueron los	hecho un tac s resultados?	to rectal? Si respondió	O Sí O No Resultado:	
6. ¿Pidió su médico alguna	de las siguient	es pruebas de diagnóstico?		
O Sí O No				
Favor de hacer una marc	a de cotejo ()	en la siguiente tabla.		
Pruebas de diagnóstico	Sí / No	Mes / Año	Resultado (#: Por favo	r ingrese un número válido)
1. CA 125	O Sí O No		#	U/mL
2. Alfafetoproteína	O Sí O No		#	ng/mL
3. GCH cuantitativa	O Sí O No		#	mIU/mL
4. Sonograma	O Sí O No			
5. Enema de bario	O Sí O No			
6. Pielograma intravenoso	O Sí O No			
prueba de Papanicolau?		O Sí O No		
que sí, ¿cuáles fueron los	Si respondió	Más reciente: Resultado:		
prueba de Papanicolau? ? que sí, ¿cuáles fueron los resultados? 58. ¿Ha usado alguna ve: para la fertilidad?	Si respondió s	Más reciente:		
que sí, ¿cuáles fueron los resultados? 58. ¿Ha usado alguna ves para la fertilidad? O de 15) Antecede	Si respondió s z fármacos	Más reciente: Resultado: Sí No ¿Cuáles?: ¿Cuánto tiempo?:		s (mujeres solamente) Q
que sí, ¿cuáles fueron los resultados? 58. ¿Ha usado alguna ve: para la fertilidad? O de 15) Antecede : Optional)	Si respondió s z fármacos entes gine	Más reciente: Resultado: Sí No ¿Cuáles?: ¿Cuánto tiempo?:		s (mujeres solamente) Q
que sí, ¿cuáles fueron los resultados? 58. ¿Ha usado alguna ves para la fertilidad? O de 15) Antecede : Optional) 59. ¿A qué edad tuvo su	si respondió s z fármacos entes gine	Más reciente: Resultado: Sí No ¿Cuáles?: ¿Cuánto tiempo?: cológicos, obstétr struación? *		•
que sí, ¿cuáles fueron los resultados? 58. ¿Ha usado alguna ves para la fertilidad? O de 15) Antecede : Optional) 59. ¿A qué edad tuvo su 60. ¿Cada cuántos días ti	si respondió s z fármacos entes gine primera mens iene el ciclo n	Más reciente: Resultado: Sí No ¿Cuáles?: ¿Cuánto tiempo?: ccológicos, obstétr struación? * Cada	icos y hormonale	•
que sí, ¿cuáles fueron los resultados? 58. ¿Ha usado alguna ve: para la fertilidad?	Si respondió s z fármacos entes gine primera mens iene el ciclo r a el sangrado	Más reciente: Resultado: Sí No ¿Cuáles?: ¿Cuánto tiempo?: ccológicos, obstétr struación? * Cada * * *	icos y hormonale	•
que sí, ¿cuáles fueron los resultados? 58. ¿Ha usado alguna ves para la fertilidad? O de 15) Antecede : Optional) 59. ¿A qué edad tuvo su 60. ¿Cada cuántos días ti 61. ¿Cuántos días le dura 62. ¿Ha sangrado alguna menstruales?	si respondió s z fármacos entes gine primera mens iene el ciclo r a el sangrado vez entre pe	Más reciente: Resultado: Sí No ¿Cuáles?: ¿Cuánto tiempo?: **Cológicos, obstétr **Cada ** **ríodos ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** *	icos y hormonale días	•
que sí, ¿cuáles fueron los resultados? 58. ¿Ha usado alguna ves para la fertilidad? O de 15) Antecede : Optional) 59. ¿A qué edad tuvo su 60. ¿Cada cuántos días ti 61. ¿Cuántos días le dura 62. ¿Ha sangrado alguna menstruales? 63. ¿Le da dolor durante	si respondió s z fármacos entes gine primera mens iene el ciclo r a el sangrado vez entre pe la menstruac	Más reciente: Resultado: Sí No ¿Cuáles?: ¿Cuánto tiempo?: Cológicos, obstétr Struación? * Cada * ríodos * Sí * Sí * Sí * Sí	icos y hormonale días días No	•
que sí, ¿cuáles fueron los resultados? 58. ¿Ha usado alguna ves para la fertilidad? O de 15) Antecede : Optional) 59. ¿A qué edad tuvo su 60. ¿Cada cuántos días te dura 62. ¿Ha sangrado alguna	si respondió s z fármacos entes gine primera mens iene el ciclo r a el sangrado vez entre pe la menstruac	Más reciente: Resultado: Sí No ¿Cuáles?: ¿Cuánto tiempo?: **Cológicos, obstétr **Cada ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** *	icos y hormonale días días No	•

	66. ¿Se lo diagno	sticaron mediante cirugía?	O Sí	No ¿A	qué edad?		
	67. ¿Le han quita	do alguno de los ovarios?	O Sí	No			
	68. ¿Le quitaron	ambos ovarios?	O Sí	No			
	69. ¿Por qué razó	ón se los quitaron?					
	70. ¿A qué edad l	le quitaron los ovarios?					
	71. ¿Estaba uste	d en la menopausia?	O Sí O	No			
	72. ¿Está pasand	o por la etapa de la menopausia?	O Sí	No			
	73. ¿A qué edad o menopausia?	comenzaron los síntomas de la			años		
	74. ¿Toma hormo	onas recetadas por su médico?	O Sí	No			
			¿Cuáles? [¿Para qué ¿A qué ed		ó a tomarlas?		
	75. ¿Se hace una	mamografía todos los años?	O Sí O	No			
	76. ¿Cuándo se le	e hizo la última mamografía?					
(1		ecedentes de embarazos	(mujer		mente) Q		
	78. ¿Cuántas vec	es ha estado embarazada?	Vivos: Muertos: Abortos:				
	79. ¿A qué edad t	tuvo su primer embarazo?			años		
	80. ¿A qué edad t	tuvo su primer hijo/a?			años		
	81. ¿Cuántos hijo	os/as ha tenido?					
			•				
	82. ¿Usted ha lac	tado a sus bebés?				○ Sí ○ No	
;	83. ¿Durante cuanto	tiempo lactó a cada bebé?					
	Bebé	Semanas / Meses					
	1.0	/					
	2.0	/					
	3.0	/					
	4.0	/					
	5.º	/					
	6.º						
	7.0	/					
	8.º	/					

9.0

10.º

/

/

	1. ¿Tomó usted estróg urante sus embarazos		○ Sí ○ No						
	5. ¿Alguna vez ha usa étodos anticonceptiv		Sí No ¿Cuáles? ¿A qué edad? ¿Durante cuánto t	años iempo?	años (Si los tomó 6 meses, escriba 0.5)				
an	5. ¿Qué métodos nticonceptivos utiliza ctualidad?	en la	, Otro:						
(11b	de 15) Antecede	entes de	e cáncer de se	no en la familia					
al al Fa	87. ¿Se ha diagnosticado algún tipo de cáncer de seno a algún miembro de su familia? Favor de llenar la siguiente tabla.								
Fa	nmiliar	¿Tenía o	áncer? (Sí/No)	Tipo de cáncer de seno	¿A qué edad se diagnosticó el cáncer?	Vivo o muerto			
1.	Madre	o sí	No No						
2.	Padre	O Sí) No						
3.	Hermana(s)	O Sí) No						
4.	Hermano(s)	O Sí) No						
5.	Hija(s)	O Sí) No						
6.	Hijo(s)	o sí) No						
7.	Abuela materna	o sí) No						
8.	Abuelo materno	O Sí) No						
9.	Tía materna	O Sí) No						
10	. Tío materno	O Sí) No						
11	. Abuela paterna	o sí) No						
12	. Abuelo paterno	O Sí) No						
13	. Tía paterna	O Sí) No						
14	. Tío paterno	o sí) No						

(12 de 15) Antecedentes de exposición a radiación

O Sí O No

88. ¿Ha estado expuesto a tratamiento por radiación?

O Sí O No

15. Otros

89. ¿Para qué tipo de enfermedad? Favor de hacer una marca de cotejo() en los cuadros correspondientes de la siguiente tabla:

Enfermedad/Tipo de	Sí / No	¿Cuándo recibió la radiación?	¿A qué edad?
radiación			

Enfermedad/Tipo de radiación	Sí / No	¿Cuándo recibió la radiación?	¿A qué edad?
1. Tuberculosis (TB)	○ Sí ○ No		
2. Columna vertebral	O Sí O No		
3. Tórax	O Sí O No		
4. Abdomen	O Sí O No		
5. Acné	○ Sí ○ No		
6. Timo (glándula situada en la parte superior del hueso localizado entre los senos)	○ Sí ○ No		
7. Linfoma no Hodgkin (células cancerosas en el sistema linfático)	○ Sí ○ No		
8. Cuello	○ Sí ○ No		
9. Fluoroscopia (estudio de los órganos en movimiento)	○ Sí ○ No		
10. Indique otros lugares no mencionados	○ Sí ○ No		

(13 de 15) Antecedentes de nutrición

90. ¿Actualmente lleva algún tipo de dieta?

O Sí	O No		
¿Cuáles	:?		

Favor de marcar en la tabla las grasas saturadas y/o vegetales que normalmente ingiere.

Grasas saturadas	A diario / Semanal / Mensual				
Aves (p. ej., pollo)	○ A diario ○ Semanal ○ Mensual ○ Nunca				
"Fast Food"	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca				
Carne de cerdo	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca				
Mantequilla	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca				
Frituras	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca				
Helado	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca				
Queso	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca				
Manteca	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca				
Aceites vegetales	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca				
Productos lácteos	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca				
Tocineta	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca				
Papas fritas	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca				
Carnes rojas	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca				
Otros	○ A diario ○ Semanal ○ Mensual ○ Nunca				

Prácali						
Brócoli	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca					
Zanahoria	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca					
Coliflor	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca					
Espinacas	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca					
Lechuga	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca					
Tomate	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca					
Espárrago	○ A diario ○ Semanal ○ Mensual ○ Nunca					
Remolacha	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca					
Habichuelas tiernas	○ A diario ○ Semanal ○ Mensual ○ Nunca					
Calabaza	○ A diario ○ Semanal ○ Mensual ○ Nunca					
Pepinillo	○ A diario ○ Semanal ○ Mensual ○ Nunca					
Plátanos	○ A diario ○ Semanal ○ Mensual ○ Nunca					
Habichuelas	○ A diario ○ Semanal ○ Mensual ○ Nunca					
Otros	O A diario O Semanal O Mensual O Nunca					
minerales? 93. ¿Con qué frecuencia toma las vitaminas o minerales?	ma O A diario O Semanal O De vez en cuando minas y minerales toma usted? Marque todo lo que corresponda:					
4. ¿Cuál de las siguientes vitaminas	y minerales toma ustea: Marque todo lo que corresponda.					
4. ¿Cuál de las siguientes vitamina: Vitaminas	Sí / No					
Vitaminas	Sí / No					
Vitaminas 1. Multivitaminas	Sí / No Sí No					
Vitaminas 1. Multivitaminas 2. Vitamina A	Sí / No ○ Sí ○ No ○ Sí ○ No					
Vitaminas 1. Multivitaminas 2. Vitamina A 3. Vitamina B	Sí / No ○ Sí ○ No ○ Sí ○ No ○ Sí ○ No					
Vitaminas 1. Multivitaminas 2. Vitamina A 3. Vitamina B 4. Vitamina C	Sí / No ○ Sí ○ No ○ Sí ○ No ○ Sí ○ No ○ Sí ○ No					
Vitaminas 1. Multivitaminas 2. Vitamina A 3. Vitamina B 4. Vitamina C 5. Vitamina E	Sí / No O Sí O No					
Vitaminas 1. Multivitaminas 2. Vitamina A 3. Vitamina B 4. Vitamina C 5. Vitamina E	Sí / No ○ Sí ○ No					

O Sí O No

O Sí O No

Edad

Edad

Año --

Año --

A diario / Semanal / Mensual

Vegetales

1. Asma

2. Bronquitis crónica

4. Na					
4. Neumonía	○ Sí ○ No Edad Año				
5. Rinitis polínica (fiebre del he	10) ○ Sí ○ No Edad Año				
6. Eccema o dermatitis	○ Sí ○ No Edad Año				
5. Nos gustaría hacerle varias preg El humo pasivo es el humo de lo	untas sobre su exposición a humo pasivo en su casa, en el trabajo o en sitios de ocio. s cigarrillos de otras personas.				
¿Alguna vez ha estado expuesto	al humo del cigarrillo de otra persona?				
1en casa	O Nunca o infrecuentemente O En el pasado sí O En la actualidad sí ¿Cuántos años?				
2en el trabajo	○ Nunca o infrecuentemente ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí ¿Cuántos años?				
3en lugares de ocio*	○ Nunca o infrecuentemente ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí ¿Cuántos años?				
1. Asbestos	O Nunca o infrecuentemente O En el pasado sí O En la actualidad sí ¿Cuántos años?				
7. Indique qué materiales o sustan ás. Puede ser en el trabajo o por afi	cias específicas puede haber manipulado, usado o tocado durante al menos 8 horas por semana dur ión.	ante un año			
2. Arena, sílice, polvo de	¿Cuántos años? ○ Nunca o infrecuentemente ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí				
concreto, tormentas de polvo	¿Cuántos años?				
3. Diluyentes, disolventes de pintura, tolueno, xileno	○ Nunca o infrecuentemente ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí ¿Cuántos años?				
	ecdunios unos.				
4. Arsénico	○ Nunca o infrecuentemente ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí ¿Cuántos años?				
	O Nunca o infrecuentemente O En el pasado sí O En la actualidad sí				
5. Cromo o níquel	○ Nunca o infrecuentemente ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí ¿Cuántos años? ○ Nunca o infrecuentemente ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí				
5. Cromo o níquel 6. Cadmio	 Nunca o infrecuentemente ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí ○ Cuántos años? ○ Nunca o infrecuentemente ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí ○ Cuántos años? ○ Nunca o infrecuentemente ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí 				
5. Cromo o níquel 6. Cadmio 7. Berilio	 Nunca o infrecuentemente				
5. Cromo o níquel 6. Cadmio 7. Berilio 8. Radón, uranio	 Nunca o infrecuentemente				
5. Cromo o níquel 6. Cadmio 7. Berilio 8. Radón, uranio 9. Benceno	 Nunca o infrecuentemente				
○ Sí ○ No	 Nunca o infrecuentemente				

2. Chicle de nicotina	○ Nunca ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí ¿Cuántos meses lleva usándolos?					
3. Parche de nicotina	○ Nunca ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí ¿Cuántos meses lleva usándolos?					
4. Tableta de nicotina	○ Nunca ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí ¿Cuántos meses lleva usándolos?					
5. Pulverizador nasal o inhalador oral (por pulverización o aerosol)	○ Nunca ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí ¿Cuántos meses lleva usándolos?					
99. Uso actual y pasado de medicar	mentos:					
¿Ha tomado alguna vez alguno semana durante seis meses o r		macos o medicamento	os con regularidad, es decir, <u>al meno</u>	s una vez por		
Nombre de la medicina	Edad a la que empezó a tomarlo	Número de pastillas por semana	Todavía la tomo o ya la dejé	Edad a la que dejó de tomarla		
1. AINE o NSAIDS (por sus siglen inglés)	las		Todavía la tomoYa no la tomo			
(antiinflamatorios no esteroide Ejemplos: Aleve, Motrin, Bayer aspirina, ibuprofeno, Tylenol, Celebrex						
2. ESTATINAS (medicamentos para bajar los lípidos)			Todavía la tomoYa no la tomo			
Ejemplos: Baycol, Crestor, Lipi Zocor	tor,					
3. Medicina para el asma Ejemplos: albuterol, Prednison	a,		O Todavía la tomo O Ya no la tomo			
Advair, Combivent, Symbicort 4. Medicina para la diabetes:			○ Todavía la tomo			
Ejemplos: metformina (<i>metformin</i>), Glucotrol, Prandi Humalog, Novalog	n,		O Ya no la tomo			
5. Otros medicamentos que tor	me		O Todavía la tomo O Ya no la tomo			
6. Otros medicamentos que to: #2	me		O Todavía la tomo O Ya no la tomo			
5 de 15) Nombre, dire 00. Nombre, dirección y teléfono de	-	-	e le atendió			
Nombre						
Teléfono						
Otra información de contacto (correo electrónico, fax, etc)						
Dirección	Calle 1: Ciudad: Estado: Código postal:	Calle 2:				

País