

# **Puerto Rico Tissue Bank Questionnaire**

(Cuestionario del Banco de Tejidos Puerto Rico)

### (1 de 15) Datos demográficos

Número de consentimiento informado: <u>HISPBB</u> ()						
čEstá en la actualidad recibiendo t	ratamiento para el cáncer?					
○ Sí ○ No						
1. Sexo / Edad	O Hombre O Mujer					
Fecha de nacimiento						
Raza     ¿Cuál de estos grupos diría usted que representa mejor su raza? (Marque sólo una opción).	<ul> <li>Blanco</li> <li>Negro o afroamericano</li> <li>Asiático</li> <li>Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico</li> <li>Indio Americano o nativo de Alaska</li> <li>No lo sé/ No estoy seguro</li> <li>Prefiero no contestar</li> <li>Otro grupo. Especificar:</li> </ul>					
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

<b>Productos químicos</b> O Sí O No ¿Cuáles?	Productos químicos

Sílice	O Sí O No					
Asbestos	O Sí O No					
Desechos industriales	○ Sí ○ No ¿Cuáles?					
Construcción	O Sí O No	○ Sí ○ No				
Otros						
2 de 15) Antecede	entes perso	nales de c	áncer			
11. ¿Cuánto pesa usteo	l?	0		libras		
12. ¿Cuál es su estatur	a?	0		pies		
		0		pulgadas		
Infección Hepatitis (No conozco	el tipo.)		Sí / No	el tipo.)	Año de la primera infección (Dejar en blanco si no se acuerdo)	
Hepatitis (No conozco	еі тіро.)		Sí No			
Hepatitis B		○ Sí ○ No				
Hepatitis C		○ Sí ○ No		-		
Algún tipo del virus del papiloma humano (VPH)		○ Sí ○ No				
Sida / VIH		○ Sí ○ No		-		
Helicobacter pylori (causante de úlceras)		○ Sí ○ No				
14. ¿Alguna vez le ha dich	o un médico o pr	ofesional de la s	salud que usted ti	ene cáncer?		
O Sí O No						
15. Si respondió que sí, ¿q	ué tipo de cánce	r le han diagnos	ticado? (Favor de	llenar la siguiente tabla).	Si respondió que no, vaya a la pregunta 18.	
Tipo de cáncer		Edad a la que Tratamiento que recibe para el cáncer				

Tipo de cáncer	Edad a la que se le diagnosticó (-1: desconocido)	Tratamiento que recibe para el cáncer					
1. Anal		□ Radioterapia	□ Quimioterapia	□ Cirugía	□ Ninguno		
2. Vejiga		□ Radioterapia	□ Quimioterapia	☐ Cirugía	□ Ninguno		
3. Cerebro		□ Radioterapia	□ Quimioterapia	□ Cirugía	□ Ninguno		
4. Seno		□ Radioterapia	□ Quimioterapia	□ Cirugía	□ Ninguno		
5. Tumor carcinoide/Tumor endocrino		□ Radioterapia	☐ Quimioterapia	□ Cirugía	□ Ninguno		
6. Cuello uterino		☐ Radioterapia	□ Quimioterapia	☐ Cirugía	□ Ninguno		
7. Colon o recto		□ Radioterapia	□ Quimioterapia	☐ Cirugía	□ Ninguno		
8. Endometrio o uterino		Radioterapia	□ Quimioterapia	□ Cirugía	□ Ninguno		

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 / Edad a la que se le diagnosticó (-1: desconocido)				
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)?	<ul><li>Nunca</li><li>Solía beber pero ya no. / Lo dejé.</li><li>Bebo.</li></ul>	¿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)?	<ul><li>Nunca</li><li>Solía beber pero ya no. / Lo dejé.</li><li>Bebo.</li></ul>	¿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)?	<ul><li>Nunca</li><li>Solía beber pero ya no. / Lo dejé.</li><li>Bebo.</li></ul>	¿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	<ul><li>Sí, en la actualidad</li><li>Sí, pero lo dejé.</li><li>No</li></ul>	¿Cuántas veces a la SEMANA?
Rapé (snuff o dip)	<ul><li>Sí, en la actualidad</li><li>Sí, pero lo dejé.</li><li>No</li></ul>	¿Cuántas veces a la SEMANA?
Pipa	<ul><li>Sí, en la actualidad</li><li>Sí, pero lo dejé.</li><li>No</li></ul>	¿Cuántas veces a la SEMANA?
Cigarros	<ul><li>Sí, en la actualidad</li><li>Sí, pero lo dejé.</li><li>No</li></ul>	¿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	<ul><li>Semanal</li></ul>	O Mensual	O Nunca o raramente
Caminar	O A diario	<ul><li>Semanal</li></ul>	O Mensual	O Nunca o raramente
Nadar	O A diario	<ul><li>Semanal</li></ul>	O Mensual	O Nunca o raramente
Ejercicios aeróbicos	O A diario	<ul><li>Semanal</li></ul>	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	<ul><li>Semanal</li></ul>	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?	<ul><li>Tranquilo(a)</li><li>Mucha energía</li><li>Desalentado(a)</li><li>Triste</li></ul>
30. ¿Cómo se ha sentido usted en las últimas 4 semanas?	

			Explique cu	ıál :
32. ¿Su salud obstaculiza sus actividad	les 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) <b>o</b>
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	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.	Sí / No Sí S	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
	<ul><li>No sé</li><li>Sangrado rojo brillante</li><li>Melena (heces negras)</li></ul>
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) <b>Q</b>
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) <b>Q</b>
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 ti  61. ¿Cuántos días le 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	7. ¿Se ha diagnosticac gún tipo de cáncer de gún miembro de su f avor de llenar la sigui bla.	e seno a amilia?	○ Sí ○ No						
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	O Sí O 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	○ A diario ○ Semanal ○ Mensual ○ 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?	○ A diario ○ Semanal ○ De vez en cuando s 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	<b>10)</b> ○ 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	○ Nunca o infrecuentemente ○ En el pasado sí ○ En la actualidad sí ¿Cuántos años?				
2en el trabajo	O Nunca o infrecuentemente O En el pasado sí O 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	<ul> <li>Nunca o infrecuentemente</li> <li>○ En el pasado sí</li> <li>○ En la actualidad sí</li> <li>○ Cuántos años?</li> <li>○ Nunca o infrecuentemente</li> <li>○ En el pasado sí</li> <li>○ En la actualidad sí</li> <li>○ Cuántos años?</li> <li>○ Nunca o infrecuentemente</li> <li>○ En el pasado sí</li> <li>○ En la actualidad sí</li> </ul>				
5. Cromo o níquel 6. Cadmio 7. Berilio	<ul> <li>Nunca o infrecuentemente</li></ul>				
5. Cromo o níquel 6. Cadmio 7. Berilio 8. Radón, uranio	<ul> <li>Nunca o infrecuentemente</li></ul>				
5. Cromo o níquel 6. Cadmio 7. Berilio 8. Radón, uranio 9. Benceno	<ul> <li>Nunca o infrecuentemente</li></ul>				
○ Sí ○ No	<ul> <li>Nunca o infrecuentemente</li></ul>				

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		<ul><li>Todavía la tomo</li><li>Ya no la tomo</li></ul>	
(antiinflamatorios no esteroide Ejemplos: Aleve, Motrin, Bayer aspirina, ibuprofeno, Tylenol, Celebrex				
2. ESTATINAS (medicamentos para bajar los lípidos)			<ul><li>Todavía la tomo</li><li>Ya no la tomo</li></ul>	
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	
<b>5 de 15) Nombre, dire</b> 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