

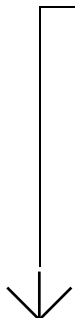
Fecha Recibido: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (M/D/A) Revisado Por: <input type="text"/>	- Adhiera la etiqueta aquí - N° Tarjeta Clínica: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____
Tipo de Contacto: <input type="checkbox"/> ₁ Teléfono <input type="checkbox"/> ₂ Correo <input type="checkbox"/> ₃ Visita <input type="checkbox"/> ₈ Otro	Tipo de Visita: <input type="checkbox"/> ₁ Consulta de Control # <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ₂ Consulta Semi-Anual # <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ₃ Consulta Anual # <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ₄ Consulta No Rutinaria
PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA	

El informe público por medio de estos datos colectivos se calcula tomar 25 minutos, incluyendo el tiempo que tarde repasar las instrucciones, adquirir los datos necesarios y completar y repasar el cuestionario. Favor de dirigir sus comentarios sobre esta estimación de labor o cualquier otro aspecto de estos datos colectivos, incluyendo sugerencias para reducir esta labor, al siguiente: PHS Reports Clearance Officer, Rm. 721-B, Humphrey Building, 200 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20201, ATTN: PRA; y a las oficinas Office of Management and Budget, Paperwork Reduction Project (0925-0414), Washington, D.C. 20503. Favor de NO ENVIAR estos cuestionarios completados a dichas direcciones.

Para aprender mas acerca de los riesgos de ciertas enfermedades, estamos preguntando que enfermedades ocurren en su familia. Este cuestionario trata sobre varias enfermedades de las que podrían padecer más de un miembro de la familia. Al contestar cada pregunta, tome en cuenta únicamente a los parientes de sangre y no a los medios hermanos(as), parientes políticos o de adopción. Sus hermanos(as) de la misma sangre son quienes tienen los mismos padres que usted. Si usted es adoptada y no está segura del historial médico de algún pariente, incluya la información que Ud. sabe.

1. ¿Ha tenido hermanas de los mismos padres que hayan llegado a la edad adulta (los 21 años)?

<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Sí
<input type="checkbox"/> ₉ No sé	↓

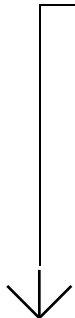


1.1. ¿Cuántas hermanas?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 o más
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀

2. ¿Ha tenido hermanos de los mismos padres que hayan llegado a la edad adulta (los 21 años)?

<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Sí
<input type="checkbox"/> ₉ No sé	↓



2.1. ¿Cuántos hermanos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 o más
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀

Siga adelante a la próxima página.

3. ¿Ha tenido hijas que hayan llegado a la edad adulta (los 21 años)?

<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Sí
<input type="checkbox"/> ₉ No sé	↓

3.1. ¿Cuántas hijas?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 o más
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀

4. ¿Ha tenido hijos que haya llegado a la edad adulta (los 21 años)?

<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Sí
<input type="checkbox"/> ₉ No sé	↓

4.1. ¿Cuántos hijos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 o más
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁₀

Las siguientes dos preguntas se refieren a sus padres biológicos (no adoptivos).

5. ¿Aún vive su madre biológica?

₀ No →

5.1. ¿A qué edad murió? (Calcule lo mejor que pueda.)

Menor de los 40 años	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100 años o mayor
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

₁ Sí →

5.2. ¿Qué edad tiene ella ahora? (Calcule lo mejor que pueda.)

Menor de los 70 años	70-79	80-89	90-99	100 años o mayor
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

₉ No sé

Siga adelante a la próxima página.

6. ¿Aún vive su padre biológico?

₀ No →

6.1. ¿A qué edad murió? (Calcule lo mejor que pueda.)

Menor de los 40 años	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100 años o mayor
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

₁ Sí →

6.2. ¿Qué edad tiene él ahora? (Calcule lo mejor que pueda.)

Menor de los 70 años	70-79	80-89	90-99	100 años o mayor
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

₉ No sé

7. ¿Ha tenido su madre, padre o algún hermano(a) de sangre, o hijas(os) diabetes o azúcar alta en la sangre que se presentó por primera vez en la edad adulta?

₀ No

₁ Sí

₉ No sé

↓

7.1. ¿Cuántos de estos parientes padecen de diabetes?

1	2	3	4 o más
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Siga adelante a la próxima página.

8. ¿Ha tenido su madre, padre o algún hermano(a) de sangre, hijas(os), alguna vez un ataque al corazón o un infarto miocárdico?

₀ No

₁ Sí

₉ No sé


Favor de contestar las siguientes preguntas referentes a cada uno de sus parientes, comenzando con aquellos que hayan sufrido un ataque al corazón. Si usted no tiene hermanas(os) de sangre o hijas(os), deje en blanco los espacios.

- 8.1. ¿Ha tenido un ataque al corazón este pariente?

	No	Sí				No sé si tuvo un ataque al corazón
		¿Qué edad tenían cuando ocurrió el <u>primer</u> ataque al corazón?				
		Menor de los 55 años	55-64	65 años o mayor	No sé la edad	
1. Madre	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
2. Padre	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
3. Hermana	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
4. Hermana	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
5. Hermana	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
6. Hermano	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
7. Hermano	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
8. Hermano	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
9. Hija	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
10. Hija	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
11. Hijo	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
12. Hijo	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉

Siga adelante a la próxima página.

9. ¿Ha tenido su madre, padre o algún hermano(a) de sangre, hijas(os) una embolia?

₀ No ₁ Sí
₉ No sé ↓

9.1. De estos parientes, ¿cuánto sufrieron una embolia?

1	2	3	4 o más
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Las siguientes preguntas se refieren a cáncer que haya tenido alguno de sus parientes. Marque "Sí" en cada pregunta, sólo si describe el área en donde se originó el cáncer. Con frecuencia el cáncer se origina en un sitio y luego se extiende. A nosotros nos interesa saber en donde se originó el cáncer.

Mujeres en su Familia

10. ¿Alguna vez han tenido cáncer las mujeres en su familia? Referente a las mujeres en su familia, conteste respecto a su madre, hermanas de sangre, hijas, y abuelas. No incluya a las tías, primas, y sobrinas.

₀ No ₁ Sí
₉ No sé

↓

Siga adelante a la próxima página.

Siga adelante a la Pregunta 16 de la página 8.

11. ¿Alguna vez han tenido cáncer del seno su madre, hermanas de sangre, hijas, o abuelas?

₀

No

₁

Sí

₉

No sé



Favor de contestar las siguientes preguntas referentes a las mujeres en su familia, comenzando con aquellos que hayas tenido cáncer del seno. Si no tiene Ud. hermanas de sangre o hijas, deje los espacios en blanco. Favor de notar que la categoría de edad no es igual que la que aparece en la pregunta que se refiere a los ataques al corazón de parientes.

11.1. ¿Ha tenido cáncer del seno este pariente?

	No	Sí			No sé si tuvo cáncer del seno
		¿A que edad tuvo por <u>primera</u> vez el cáncer del seno a esta pariente?			
		Menor de los 45 años	45 años o mayor	No sé la edad	
1. Madre	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
2. Hermana	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
3. Hermana	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
4. Hermana	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
5. Hija	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
6. Hija	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
7. Hija	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
8. Abuela materna (la madre de su madre)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
9. Abuela paterna (la madre de su padre)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉

Siga adelante a la próxima página.

12. ¿Alguna vez han tenido cáncer del colon, recto, o intestino su madre, hermanas de sangre, o hijas?

- ₀ No ₁ Sí
₉ No sé ↓

Favor de contestar las siguientes preguntas referentes a las mujeres en su familia comenzando con aquellos que hayas tenido cáncer del colon, recto, o intestino. Si no tiene Ud. hermanas de sangre o hijas, deje los espacios en blanco.

12.1. ¿Le dio cáncer del colon, recto, o intestino a esta pariente?

	No	Sí			No sé si tuvo este tipo de cáncer
		¿A qué edad tuvo por <u>primera</u> vez el cáncer esta pariente?			
		Menor de los 55 años	55 años o mayor	No sé la edad	
1. Madre	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
2. Hermana	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
3. Hermana	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
4. Hermana	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
5. Hija	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
6. Hija	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉

13. ¿Alguna vez han tenido cáncer del cervix (cuello de la matriz) su madre, hermanas de sangre, o hijas?

- ₀ No ₁ Sí
₉ No sé ↓

13.1. ¿Cuántas de estas parientes han tenido cáncer del cervix?

- 1 2 3 4 o más
₁ ₂ ₃ ₄

Siga adelante a la próxima página.

14. ¿Alguna vez han tenido cáncer del útero, matriz, o endometrio (el tejido de la matriz) su madre, hermanas de sangre, o hijas?

₀ No ₁ Sí
₉ No sé ↓

14.1. ¿Cuántas de estas parientes han tenido cáncer del útero, matriz, o endometrio?

1 2 3 4 o más
₁ ₂ ₃ ₄

15. ¿Alguna vez han tenido cáncer en los ovarios su madre, hermanas de sangre, o hijas?

₀ No ₁ Sí
₉ No sé ↓

15.1. ¿Cuántas de estas parientes han tenido cáncer en los ovarios?

1 2 3 4 o más
₁ ₂ ₃ ₄

Parientes Masculinos

16. ¿Han tenido cáncer algunos de sus parientes que son hombres? (**Con respecto a sus parientes que son hombres, conteste acerca de su padre, hermanos de sangre, o hijos. No incluya a los tíos, primos, o sobrinos.**)

₀ No ₁ Sí
₉ No sé

↓
Siga adelante a la próxima página.

Siga adelante a la Pregunta 19 de la página 10.

17. ¿Alguna vez han tenido cáncer del colon, recto, o intestino su padre, hermanos de sangre, o hijos?

- ₀ No ₁ Sí
₉ No sé ↓

Favor de contestar las siguientes preguntas referentes a los hombres en su familia, comenzando con aquellos que hayan tenido cáncer del colon, recto, o intestino. Si no tiene Ud. hermanos de sangre o hijos, deje los espacios en blanco.

17.1. ¿Han tenido cáncer del colon, recto, o intestino a este pariente?

	No	Sí			No sé si tuvo este tipo de cáncer
		¿A qué edad tuvo por <u>primera</u> vez el cáncer este pariente?			
		Menor de los 55 años	55 años o mayor	No sé la edad	
1. Padre	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
2. Hermano	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
3. Hermano	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
4. Hermano	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
5. Hijo	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
6. Hijo	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉

18. ¿Alguna vez han tenido cáncer de la próstata (glándula masculina) su padre, hermanos de sangre, o hijos?

- ₀ No ₁ Sí
₉ No sé ↓

18.1. ¿Cuántos de estos parientes han tenido cáncer de la próstata?

- 1 2 3 4 o más
₁ ₂ ₃ ₄

Siga adelante a la próxima página.

Finalmente, queremos hacerle algunas preguntas sobre sus padres.

19. ¿Se ha quebrado o fracturado alguna vez un hueso su madre después de los 40 años de edad?

- ₀ No ₁ Sí
₉ No sé ↓

Favor de contestar las siguientes preguntas que corresponden a cada hueso indicado abajo. Si a ella se la quebró ése hueso más de una vez, indique la edad que tenía cuando primero se le quebró.

19.1. ¿Se ha quebrado este hueso su madre?

	No	Sí			No sé si se le quebró este hueso
		¿A qué edad se le quebró este hueso a su madre por <u>primera</u> vez?			
		40 a 55 años	55 años o mayor	No sé la edad	
1. Cadera	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
2. Columna vertebral o espalda (vertebra)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
3. Parte superior del brazo (húmero)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
4. Parte inferior del brazo o muñeca	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
5. Otro (Especifique): _____	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉

Siga adelante a la próxima página.

20. ¿Se ha quebrado o fracturado alguna vez un hueso su padre después de los 40 años de edad?

₀ No

₁ Sí

₉ No sé



Favor de contestar las siguientes preguntas que corresponden a cada hueso indicado abajo. Si a el se le quebró ése hueso más de una vez, indique la edad que tenía cuando primero se le quebró.

20.1. ¿Se ha quebrado este hueso su padre?

	No	Sí			No sé si se le quebró este hueso
		¿A qué edad se le quebró el hueso a su padre por <u>primera</u> vez?			
		40 a 55 años	55 años o mayor	No sé la edad	
1. Cadera	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
2. Columna vertebral o espalda (vertebra)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
3. Parte superior del brazo (húmero)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
4. Parte inferior del brazo o muñeca	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
5. Otro (Especifique): _____	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉

21. ¿En qué fecha completó Ud. este formulario?

____ - ____ - ____
mes día año

Gracias. Favor de tomarse un momento para repasar cualquier pregunta que se le haya pasado. Anote sus comentarios aquí:

Lined area for comments, consisting of 22 horizontal lines within a rectangular border.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Administración del Formulario

- ₁ Por sí misma
- ₂ En Grupo
- ₃ Entrevista
- ₄ Asistencia