



Icahn  
School of  
Medicine at  
Mount  
Sinai

**ANTES DE LLEGAR A SU SITA,**  
por favor complete los formularios y  
envíelos via email a  
[CancerGC@mssm.edu](mailto:CancerGC@mssm.edu) o via fax a  
212-860-3316 o por correo a:  
1 Gustave L. Levy Place  
Box 1497  
New York, NY 10029  
Tel (para cita): 212-241-6947

Información sobre el historial familiar para  
estudios genéticos

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de la cita: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Por favor, incluya a TODOS los parientes, ya sea que hayan tenido cáncer o no**

Relación (H/M=Hombre/Mujer)	Nombre de pila	¿Esta persona ha tenido cáncer? ***Si la respuesta es "sí", qué tipo de cáncer y edad al recibir el diagnóstico***	¿Esta persona vive o ha fallecido?	
			Si <u>vive</u> , indique la edad aproximada	Si <u>ha fallecido</u> , indique la causa de la muerte y la edad en que murió
Usted mismo(a)				
Su cónyuge				
Su hijo: H/M				
Su hijo: H/M				
Su hijo: H/M				
Su padre				
Su madre				
Su hermano: H/M				
Su hermano: H/M				
Su hermano: H/M				
<b>LOS PARIENTES DE SU MAMÁ:</b>				
El padre de ella				
La madre de ella				
Su hermano H/M				
Su hermano H/M				
Su hermano H/M				
<b>LOS PARIENTES DE SU PAPÁ:</b>				
El padre de él				
La madre de él				
Su hermano H/M				
Su hermano H/M				
Su hermano H/M				

	Origen étnico (por ejemplo, italiano, irlandés, alemán)	Religión
Padre de la mamá		
Madre de la mamá		
Padre del papá		
Madre del papá		

**Si usted o uno de sus padres tiene más hermanos de los que indica este formulario, añádalos al dorso de este página.**

**Si usted tiene algún otro pariente con un historial de cáncer, añádelo al dorso de esta página.**

