

Para evitar demoras en los exámenes, este formulario debe completarse en su totalidad para todos los pedidos.



# Cáncer hereditario: Formulario de historia clínica familiar y del paciente

Número de cuenta del cliente: \_\_\_\_\_ Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono del paciente: \_\_\_\_\_

1

## Origen étnico (marque todas las opciones que correspondan)

- Afroamericano/Negro     Nativo Americano     Norte/Occidente de Europa     Centro/Oriente de Europa     Otro, especificar: \_\_\_\_\_  
 Hispano     Asiático     Centro/Oriente de Europa     Judío (Ashkenazi)

2

## Historia clínica del paciente

Pruebas genéticas previas  Sí  No **En caso afirmativo, se debe enviar una copia del informe de la prueba genética previa del paciente por vía fax (1.855.422.5181) o al correo electrónico (Preauthorization@QuestDiagnostics.com)**

¿Tiene el paciente una puntuación del modelo de riesgo de síndrome de Lynch >5% (por ejemplo, PREMM1,2,6)?  Sí  No

Receptor del trasplante de médula ósea  Sí\*  No Diagnóstico actual de malignidad hematológica  Sí\*  No

**Si el paciente no tiene antecedentes de cáncer, pase a la siguiente sección.**

Tipo/Localización del cáncer	(Opcional: marque las casillas que correspondan, si se conocen)	Edad al momento del diagnóstico
<input type="checkbox"/> Mama (Si se marca, seleccione todas las que correspondan a continuación) <input type="checkbox"/> Invasivo ductal <input type="checkbox"/> Invasivo lobular <input type="checkbox"/> DCIS <input type="checkbox"/> Ovary <input type="checkbox"/> Colon/Rectal	<input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Premenopáusico <input type="checkbox"/> Triple negativo (RE-, RP-, HER2-) <input type="checkbox"/> No epitelial Pruebas tumorales: <input type="checkbox"/> IMS-H <input type="checkbox"/> IHQ anormal Caracte- <input type="checkbox"/> Mucinoso <input type="checkbox"/> Anillo de Signet <input type="checkbox"/> Patrón de crecimiento medular rísticas: <input type="checkbox"/> Reacciones linfocíticas tipo Crohn <input type="checkbox"/> Linfocitos infiltrantes de tumor	
<input type="checkbox"/> Pólipos de colon/recto <input type="checkbox"/> Endometrial/Uterino <input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____	Cantidad: <input type="checkbox"/> 0-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> > 20 Tipo: <input type="checkbox"/> Adenoma <input type="checkbox"/> Otro _____ Pruebas tumorales: <input type="checkbox"/> IMS-H <input type="checkbox"/> IHQ anormal	

¿Alguien en la familia ha dado positivo para un síndrome de cáncer hereditario (es decir, BRCA o Lynch) u otra mutación genética?  Sí  No

**En caso afirmativo,** se debe enviar una copia del informe de la prueba genética del familiar por vía fax (1.855.422.5181) o al correo electrónico (Preauthorization@QuestDiagnostics.com). Identifique el resultado de la prueba del familiar con el nombre del paciente y la relación del familiar (por ejemplo, tía materna de Juana Suarez).

**En caso afirmativo,** ¿se suministrará una muestra de sangre del familiar que dio positivo para la prueba (control positivo)?  Sí\*†  No

\* En caso afirmativo, llame al 1.866.GENE.INFO antes de enviar una muestra para analizar esta orden

† Las directrices del ACMG, y las disposiciones reglamentarias CAP y CLIA recomiendan el uso de un control positivo

3

## Antecedentes familiares (marque aquí si no se conoce ningún antecedente familiar de cáncer )

Relación con el paciente	Materna/Paterna	Localización del cáncer (Indique el tipo de cáncer y/o hallazgos)	Edad al momento del diagnóstico	¿Vivo o muerto?

4

## Reconocimiento del paciente

Autorizo a Quest Diagnostics (Quest) para divulgar cualquier información recibida, incluyendo, sin limitación, información médica, que incluye los resultados de pruebas de laboratorio, a mi compañía de seguros/plan de salud y sus representantes autorizados, según sea necesario para el reembolso. Además, autorizo a mi compañía de seguros/plan de salud a pagar directamente a Quest por los servicios prestados. Entiendo que puedo ser responsable por parte del costo de esta prueba no cubierta por mi seguro.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Envíe por fax o correo electrónico el formulario completo al 1.855.422.5181 o a Preauthorization@QuestDiagnostics.com. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al 1.855.509.4909 o escribanos a Preauthorization@QuestDiagnostics.com.

# Cáncer hereditario: Formulario de historia clínica familiar y del paciente

## Preguntas más frecuentes



### ¿Por qué estoy completando el formulario de historia clínica familiar y del paciente para cáncer hereditario?

Las pruebas genéticas pueden requerir una autorización especial de las compañías de seguros. Para ayudarnos con esto, por favor, llene todo el formulario. Entendemos que este formulario pide información muy personal. Esta información es necesaria para Quest Diagnostics tanto para trabajar con la compañía de seguros **como** para interpretar los resultados.

### ¿Cómo sé qué casilla(s) marcar en la sección de origen étnico?

El origen étnico se determina mediante los países de origen de los parientes de una persona. A continuación se muestra un gráfico que le ayudará a determinar qué casilla(s) marcar.

Origen étnico	Descripción
Afroamericano/Negro	Africano, Afroamericano
Nativo Americano	Nativo Americano, Indígena Americano
Norte/Occidente de Europa	Austríaco, británico/inglés, canadiense, danés, holandés, finlandés, francés, francés canadiense, italiano, irlandés, noruego, portugués, escandinavo, escocés, alemán, sefardí, español, sueco, galés
Del oriente medio/cercano	Árabe, armenio, egipcio, iraní, iraquí, pakistaní, persa, saudí, sirio
Hispano	Bahameño, brasileño, caribeño, colombiano, cubano, dominicano, mexicano, puertorriqueño, haitiano, hispano, latinoamericano
Asiático	Chino, indio, indonesio, malayo, filipino, samoano, hawaiano, vietnamita
Centro/Oriente de Europa	Checo, polaco, rumano, ruso, griego, húngaro
Judío (Ashkenazi)	Una persona de ascendencia judía que es (o cuya familia es) étnicamente alemán, francés, o de Europa del Este

### ¿Qué debo hacer con el formulario cuando haya terminado de llenarlo?

Entregue el formulario a la persona que le toma la muestra. Esto asegurará que el formulario acompañe la muestra de sangre al laboratorio.

### ¿Qué sucede después?

Los resultados de la prueba serán enviados a su médico cuando estén listos.