

Para evitar retrasos en los exámenes, se debe completar todo este formulario para todas las solicitudes.



# Formulario de antecedentes clínicos de cáncer hereditario

Visite [YourHistoryForm.com](http://YourHistoryForm.com) para completar este formulario en línea. Si lo prefiere, complete el siguiente formulario.

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

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

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

- Afroamericano o raza negra     Nativo estadounidense     Europeo occidental o del norte     Oriente Medio o Cercano     Otro: \_\_\_\_\_  
 Hispano     Asiático     Europeo oriental o central     Judío (asquenazi)

## Historial de pruebas genéticas

¿El paciente se ha sometido previamente a pruebas genéticas asociadas con el cáncer hereditario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió "Sí" a alguna de las preguntas, se debe enviar una copia del informe de las pruebas genéticas del paciente o del miembro de su familia por fax (1.855.422.5181), o bien por correo electrónico a <a href="mailto:Preauthorization@QuestDiagnostics.com">Preauthorization@QuestDiagnostics.com</a> . Indique la relación entre el paciente y el miembro de su familia en este informe.
Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipo de muestra se analizó? <input type="checkbox"/> Sangre o saliva <input type="checkbox"/> Tumor	
¿Algún miembro de la familia del paciente obtuvo resultados positivos en pruebas de detección de una variante genética asociada con el cáncer hereditario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es "Sí", ¿autorizan el envío de una muestra del miembro de la familia que obtuvo los resultados positivos? <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<sup>a</sup> Las directrices del American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG), el College of American Pathologists (CAP) y las disposiciones normativas de las reformas sobre el mejoramiento de los laboratorios clínicos (CLIA, por sus siglas en inglés) recomiendan el uso de un control positivo.

## Antecedentes del paciente (marque la siguiente casilla si no existen antecedentes familiares relevantes )

¿Es receptor de un trasplante de médula ósea?  Sí<sup>b</sup>  No    ¿Tiene un diagnóstico actual de un tumor hematológico maligno? Sí<sup>b</sup>  No

¿Tiene un puntaje en el modelo de riesgo del síndrome de Lynch  $\geq 2.5\%$  (p. ej., PREMM5)?  Sí  No

¿Tiene un puntaje en el modelo de riesgo de cáncer de mama  $> 5\%$  (p. ej., Tyrer-Cuzick, BRCAPro o PennII)?  Sí  No

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

Tipo y ubicación del cáncer	(Opcional: marque todas las casillas que correspondan)	Edad en el momento del diagnóstico
<input type="checkbox"/> Mamas	<input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Premenopáusico <input type="checkbox"/> Triple negativo (ER-, PR-, HER2-) <input type="checkbox"/> Ductal invasivo <input type="checkbox"/> Lobular Invasivo <input type="checkbox"/> Ductal <i>in situ</i>	
<input type="checkbox"/> Colon o recto	Pruebas tumorales: <input type="checkbox"/> IMS-A <input type="checkbox"/> IHQ anormal Características: <input type="checkbox"/> Histología de la IMS alta	
<input type="checkbox"/> Pólipos en el colon o el recto	Número: <input type="checkbox"/> De 0 a 10 <input type="checkbox"/> De 11 a 20 <input type="checkbox"/> >20    Tipo: <input type="checkbox"/> Adenoma <input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> Endometrio o útero	Pruebas tumorales: <input type="checkbox"/> IMS-A <input type="checkbox"/> IHQ anormal	
<input type="checkbox"/> Ovarios (peritoneal o en las trompas de Falopio)		
<input type="checkbox"/> Páncreas	<input type="checkbox"/> Exocrino <input type="checkbox"/> Neuroendocrino	
<input type="checkbox"/> Próstata	<input type="checkbox"/> Puntaje de Gleason $\geq 7$ <input type="checkbox"/> Metastásico <input type="checkbox"/> Intraductal	
<input type="checkbox"/> Otro	Tipo de cáncer:	

<sup>b</sup> Si la respuesta es "Sí", llame al 1.866.GENE.INFO antes de enviar una muestra para analizar esta solicitud.

## Antecedentes familiares (marque la siguiente casilla si no existen antecedentes familiares relevantes )

Relación con el paciente	Materna	Paterna	Ubicación del cáncer (Indique el tipo de cáncer o los hallazgos asociados, como pólipos del colon)	Edad en el momento del diagnóstico	¿El sujeto está vivo o fallecido? (Fecha de fallecimiento)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si tiene preguntas, llámenos al **1.855.509.4909** o escríbanos a [Preauthorization@QuestDiagnostics.com](mailto:Preauthorization@QuestDiagnostics.com).

Continúa en la página siguiente

# Formulario de antecedentes clínicos de cáncer hereditario

Información sobre el modelo de riesgo de cáncer de mama (solo para pacientes mujeres a quienes NUNCA se les ha diagnosticado cáncer de mama)	
<b>Información de la paciente:</b>	<b>Información sobre las familiares de sexo femenino de la paciente:</b>
Estatura: pies: _____ pulgadas: _____      Peso (libras): _____	
Edad de la paciente en el momento de la primera menstruación: _____	Cantidad de hijas: _____
Estado reproductivo actual de la paciente: <input type="checkbox"/> Premenopausia <input type="checkbox"/> Perimenopausia <input type="checkbox"/> Posmenopausia: Edad de inicio de la posmenopausia: _____	Cantidad de hermanas: _____
¿Esta paciente ha tenido un nacimiento vivo? <input type="checkbox"/> No      Sí. <input type="checkbox"/>	Cantidad de tías maternas (hermanas de la madre): _____
Edad de la paciente en el momento del nacimiento del primer hijo: _____	Cantidad de tías paternas (hermanas del padre): _____
¿La paciente se ha sometido alguna vez a un tratamiento de reemplazo hormonal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Si la respuesta es "Sí", indique el tipo de tratamiento:</b> <input type="checkbox"/> Combinado <input type="checkbox"/> Solo estrógeno <input type="checkbox"/> Solo progesterona	
<b>Si la respuesta es "Sí", indique el estado de la paciente:</b> <input type="checkbox"/> <b>Usuaría actual:</b> se inició hace _____ años Duración prevista por _____ años más <input type="checkbox"/> <b>Usuaría anterior:</b> finalizó hace _____ años	
Indique si la paciente se ha sometido a una biopsia mamaria en la cual se hayan obtenido uno o más de los siguientes resultados:	
<input type="checkbox"/> N/A (Sin biopsia o ninguno de los resultados mencionados) <input type="checkbox"/> Biopsia con resultados desconocidos o pendientes <input type="checkbox"/> Hiperplasia <input type="checkbox"/> Hiperplasia atípica <input type="checkbox"/> CLIS	

Constatación del paciente
<p>Autorizo a Quest Diagnostics (Quest) a divulgar la información recibida, incluida, entre otros, la información médica, que incluye los resultados de las pruebas de laboratorio, a mi compañía de seguros o plan de salud y a sus representantes autorizados, según sea necesario, para efectuar el reembolso. Además, autorizo a mi compañía de seguros o plan de salud a pagar directamente a Quest por los servicios prestados. Comprendo que puedo ser responsable en términos monetarios de parte de los costos de esta prueba que no cubre mi seguro, y que Quest se comunicará conmigo antes del inicio de la prueba SOLO si se estima que mi responsabilidad por el seguro compartido, el monto deducible o el servicio que no están cubiertos será superior a USD 100. <b>NO se procesarán las pruebas sin una firma.</b></p> <p>Nombre del paciente o de su representante (en letra imprenta): _____ Fecha: _____</p> <p>Firma del paciente o de su representante: _____</p>

Envíe el formulario completado por fax al **1.855.422.5181** o por correo electrónico a **[Preauthorization@QuestDiagnostics.com](mailto:Preauthorization@QuestDiagnostics.com)**.

Si tiene preguntas, llámenos al **1.855.509.4909** o escríbanos a **[Preauthorization@QuestDiagnostics.com](mailto:Preauthorization@QuestDiagnostics.com)**.