



ANTES DE LLEGAR A SU SITA,
 por favor complete los formularios y
 envíelos via fax a 212-860-3316 o por
 correo a:
 Mount Sinai Medical Center
 1 Gustave L. Levy Place
 Box 1497
 New York, NY 10029

**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				
LOS PARIENTES DE SU MAMÁ:				
El padre de ella				
La madre de ella				
Su hermano H/M				
Su hermano H/M				
Su hermano H/M				
LOS PARIENTES DE SU PAPÁ:				
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, añádale
 al dorso de esta página.**

