



Fecha:

Estimada señora _____:

Bienvenida al Programa Clínico, Estratégico, Integrado y de Investigación para la Salud de los Senos (en inglés *Breast Health Clinical and Research Integrated Strategic Program* o Centro CRISP, de ahora en adelante), ubicado en el nuevo Centro de Atención Médica Avanzada «Carol and Frank Morsani» de la University of South Florida. Nuestro objetivo es satisfacer las necesidades de las pacientes aquejadas de enfermedades del seno y de sus familias mediante una estrategia multidisciplinaria de equipo.

Adjuntas a esta carta verá las instrucciones para su cita. El Centro está ubicado en el tercer piso del Morsani Center. Para su comodidad, ofrecemos servicio gratuito de aparcadores de autos (*valet*) en la entrada principal. Suba en el ascensor al tercer piso y diríjase al mostrador de registro ambulatorio. El proceso de registro durará unos 30 minutos, así que haga planes para llegar con tiempo al consultorio y registrarse.

Su historial médico es necesario para que le ofrezcamos atención médica de calidad. Dedique unos minutos a llenar el cuestionario de antecedentes médicos incluido en el paquete. Traiga el cuestionario cuando venga a su cita (no lo envíe por correo). La información es confidencial y no se compartirá con ninguna persona sin su permiso. Si necesita ayuda para contestar el cuestionario, informe al asesor de registro, quien le ayudará.

La evaluación de los expedientes médicos de otros centros es importante para que entendamos el motivo de la cita y sus necesidades personales. Usted necesitará ponerse en contacto con sus médicos externos y coordinar el envío de su historia clínica al Centro CRISP. Si no se ha hecho ninguna mamografía en el pasado año, necesitará hacerse una antes de ver al médico del Centro CRISP. Puede hacerse la mamografía en este Centro, aunque para ello debe tener una receta de su médico de atención primaria. Las mamografías realizadas en otros centros son necesarias para compararlas con las recientes. Usted necesitará coordinar que las mamografías previas se envíen al Centro CRISP antes de su cita.

Un radiólogo del Centro deberá interpretar todas las radiografías de la paciente. Le pedimos que nos llegue un juego completo de radiografías externas al Centro a más tardar una semana antes de su cita. Las radiografías originales son necesarias, porque los radiólogos del Centro CRISP no podrán leer fotocopias. Un juego completo de radiografías debe comprender al menos 2 años de mamografías y todas las mamografías recientes (de menos de 1 año) donde se muestren anomalías. Además, debe incluir las mamografías o ecografías (ultrasonidos) de diagnóstico posteriores. Las

radiografías e informes escritos de las biopsias quirúrgicas, tales como ubicación con aguja, biopsias estereotácticas o sistema ABBI (sigla en inglés de biopsia de seno avanzada) también son necesarios.

Una vez que nuestro radiólogo revise las radiografías, es posible que la enfermera primaria del consultorio la llame para programar las pruebas adicionales que haga falta. Haremos lo posible por programarle las pruebas de la forma que más le convenga a usted para evitar retrasos en su cita en nuestro Centro.

El repaso de los resultados de anatomía patológica («patología») también es importante. Comuníquese con el centro donde le hicieron la biopsia para que le proporcionen las extensiones microscópicas (llamadas en inglés *slides*) y los informes escritos. No olvide pedirles los informes de receptores hormonales y tinciones adicionales. Puede enviar toda la información de patología con las radiografías o traerlo todo en mano el día de la cita.

Nota: No envíe las radiografías, extensiones microscópicas o los documentos al Centro CRISP por correo normal. Para evitar que se pierdan, envíelos por correo prioritario (*Priority Mail*) o por correo de entrega al día siguiente (*overnight delivery*). Además, esto garantizará que el radiólogo disponga de tiempo para revisar las radiografías antes de que usted venga a su cita.

Siguiendo la misión del Centro CRISP (*«contribuir al cuidado total de los senos»*), puede que usted tenga la opción de participar en un estudio de investigación (o más de uno) que se ofrezca en la University of South Florida. Por medio de los estudios de investigación, los pacientes pueden colaborar en la formulación de medicamentos, pruebas y procedimientos nuevos. La participación en el estudio es totalmente voluntaria, y si decide no participar, recibirá la misma atención médica de calidad que brindamos a todos los pacientes en la University of South Florida.

El Centro para Citas de Nuevos Pacientes (*New Patient Appointment Center*) le ayudará con todos estos detalles. Si tiene preguntas o comentarios, no dude en llamarnos. Estamos a su disposición para conseguir que su cita en el Centro CRISP sea agradable y eficaz.

Información de contacto:

Especialista en Ingresos:	Trudy Leopold-Sanford
Citas de Nuevos Pacientes:	(813) 793-4272

Envíe sus expedientes, radiografías, extensiones microscópicas, etc. a la siguiente dirección:

Dr. Charles E. Cox
3000 Medical Park Drive, Suite 160
Tampa, FL 33613

Atentamente,

Trudy Leopold-Sanford

**USF Breast Health Program
Life Hope Medical Office Building**

Información para las citas de pacientes nuevos

Nombre del paciente: _____
Médico y consultorio de USF: _____
Fecha y hora de la cita para registrarse: _____
Fecha y hora de la cita en el consultorio: _____

Traiga la siguiente información a su primera consulta.

Seguro:

- Todas las tarjetas del seguro médico.
- Autorización escrita del seguro para acudir a esta consulta (es obligatorio si el seguro que usted tiene es un plan de atención médica administrada, por ejemplo, PPO o HMO). **NOTA:** Si no presenta la autorización, es posible que tenga que pagar todos los procedimientos y las consultas en su totalidad antes de que le atendamos.

Expedientes médicos:

- Si en la actualidad toma medicamentos, tráigalos todos en sus envases correspondientes.
- Llene el cuestionario de salud que se adjunta con este paquete y tráigalo a la cita.
- Traiga una copia de todos los expedientes médicos relacionados con la afección que padece. Tenga en cuenta que quizá necesite solicitar esta información a distintas fuentes, por ejemplo, a su médico de atención primaria, a especialistas, clínicas y hospitales. Le adjuntamos formularios de divulgación de la información (*information release*) que puede entregarles para permitir que nos envíen los expedientes. **NOTA:** Si desea una copia para sus archivos personales, haga copias antes de la cita, porque todos los documentos en papel que nos dé pasan a formar parte del historial clínico permanente del paciente, y los consultorios no disponen de servicios para fotocopiarlos.
- Traiga las extensiones microscópicas **originales** de la biopsia junto con el informe de anatomía patológica («patología»). Por lo general se encuentran archivadas en el laboratorio o el hospital donde le hicieron la biopsia. Pida al cirujano o al médico encargado de la biopsia que le ayude a localizarlas para que nos las envíen.
- Traiga radiografías **originales**, por ejemplo: radiografías, mamografías, ecografías (ultrasonidos), tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, gammagrafías óseas, arteriografías u otras imágenes relacionadas con su diagnóstico. **No olvide insistir** en que deben enviarse las **radiografías originales**. Por lo general las copias de radiografías son de mala calidad y no pueden interpretarse correctamente. La University of South Florida devolverá estas radiografías al centro que las envió.

Todos los documentos mencionados antes son **necesarios** para que podamos brindarle el diagnóstico y el tratamiento correctos. Al facilitarnos esta información, usted se beneficiará al máximo de su primera consulta en el Centro CRISP. Algunos médicos solicitan que estos expedientes lleguen al Centro antes de la cita con el paciente. Consulte las notas de su conversación con el especialista en ingresos que le concertó la cita, o llame al Centro para Citas de Nuevos Pacientes al (813) 793-4272.

Información general

La primera consulta puede durar de 2 a 4 horas. Además de ver a su médico, puede que le atiendan otros miembros del personal durante la consulta, tales como oncólogos radioterápicos, personal de enfermería, médicos residentes, etc. Es importante que llegue temprano para registrarse. El asesor de registros hará copias de sus tarjetas del seguro, obtendrá firmas y verificará la información que nos proporcione. Si tiene preguntas o inquietudes, no dude en llamar al Centro para Citas de Nuevos Pacientes, teléfono (813) 793-4272.

Consultorio integral de oncología mamaria

Antecedentes personales patológicos de la paciente

Moffitt Cancer Center
ubicado en la ciudad universitaria de la
University de South Florida

Llene los siguientes formularios y responda a las preguntas tan completamente como pueda. Si tiene algún problema con las preguntas, pida a la enfermera que la ayude cuando venga a su cita en el consultorio.

Una computadora leerá los formularios, por lo que es importante que siga los ejemplos que aparecen a continuación.

Para obtener la mejor exactitud, escriba en mayúsculas y no toque el borde de las casillas.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Shade circles like this:



Not like this:



Cuando haya llenado los formularios, tráigalos consigo el día que venga al consultorio. No se olvide de entregarlos al personal de registro. Los formularios se enviarán a la enfermera encargada del consultorio, quien los revisará con usted para contestar cualquier pregunta que usted tenga. No dude en preguntar si no está segura de cómo contestar las preguntas.

Consultorio integral de oncología mamaria
Moffitt Cancer Center
12902 Magnolia Drive
Tampa, FL 33612

La paciente debe llenarlo

Solamente para uso administrativo

Patient ID Number

U	S	F	-																
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date of visit:

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

 NSS*:

--	--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

 *(Nº del seguro social)
Datos de la paciente:

Apellidos:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inicial:

--

Dirección:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección (cont.) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ciudad:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Estado:

--	--

Código postal:

--	--	--	--	--	--

Teléfono:

			-				-				
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

Fecha de

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Sexo:

☐ Mujer☐ Varón

Correo electrónico:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿De dónde es natural o cuál es su ascendencia? (Marque todo lo que corresponda).

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| ☐ Gran Bretaña | ☐ Italia | ☐ India, Pakistán |
| ☐ Irlanda | ☐ Grecia | ☐ China |
| ☐ Alemania | ☐ Canadá | ☐ Japón |
| ☐ Europa del este
(Polonia, Rusia, Hungría,
República Checa, etc.) | ☐ México | ☐ África |
| ☐ Escandinavia
(Noruega, Suecia, Dinamarca,
Finlandia) | ☐ América Central | ☐ Islas del Caribe
(Jamaica, etc.) |
| ☐ España, Portugal | ☐ Sudamérica | ☐ Otros países europeos |
| ☐ Francia | ☐ Puerto Rico | ☐ Otras islas asiáticas o del Pacífico |
| | ☐ Indio americano | ☐ No sé |
| | ☐ Oriente Medio | ☐ Otro |

Si contestó "Otro",
especifique:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CONSULTORIO INTEGRAL DE ONCOLOGÍA MAMARIA
Datos demográficos de la paciente*****La paciente debe llenarlo*****

Solamente para uso administrativo

Patient ID Number

Physician

U	S	F	-																
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--

¿Cuál es su origen racial o étnico? (Marque todo lo que corresponda).

- | | |
|--|--|
| ☐ Blanco, no hispano | ☐ Nativo Americano, esquimal o aleutiano |
| ☐ Blanco, hispano | ☐ Hawaiano |
| ☐ Negro, no hispano | ☐ Coreano |
| ☐ Negro, hispano | ☐ Vietnamita |
| ☐ Chino | ☐ Judío asquenazí (origen europeo) |
| ☐ Japonés | ☐ No sé |
| ☐ Filipino | ☐ Otro |

Si contestó "Otro",
especifique:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Cuál es su estado civil actual? (Marque solamente una respuesta).

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Casada | ☐ Divorciada |
| ☐ Soltera | ☐ Otro |
| ☐ Viuda | |

¿Cuál es su nivel educativo actual? (Marque solamente una respuesta).

- | | |
|---|---|
| ☐ Algo de escuela primaria | ☐ Algo de universidad o diploma universitario (<i>associate's degree</i>) |
| ☐ Algo de escuela secundaria | ☐ Universidad |
| ☐ Terminé la escuela secundaria | ☐ Estudios de postgrado o escuela profesional |
| ☐ Escuela profesional o técnica
después de la escuela secundaria | ☐ Otro |

¿Cuál es su situación laboral actual? (Marque solamente una respuesta).

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Empleada >= 32 horas por semana | ☐ Ama de casa | ☐ Jubilada |
| ☐ Empleada < 32 horas por semana | ☐ De licencia médica | ☐ Empleada <32 horas por
semana y estudiante a tiempo parcial |
| ☐ Estudiante a tiempo completo | ☐ Incapacitada | ☐ Otro |
| ☐ Estudiante a tiempo parcial | ☐ Sin empleo | |



La paciente debe llenarlo

Solamente para uso administrativo

Patient ID Number

U S F -

Date of Visit

/ /

1. Antecedentes del problema médico actual

Nº del seguro social:

- -

Nota: Si tiene información médica adicional que no cabe en este formulario, escríbala en otra hoja de papel y detállela tanto como sea posible.

¿Por qué razón ha venido al consultorio? (Marque todo lo que corresponda).

1 Carcinoma intracanicular localizado

2 Carcinoma lobulillar localizado

3 Intracanicular

4 Lobulillar infiltrante

Examen periódico de mamas:

☐ Sí ☐ No

Masa palpable:

☐ Sí ☐ No

Sospecha de cáncer de mama:

☐ Sí ☐ No

Mamografía irregular:

☐ Ninguna ☐ Derecha ☐ Izqda ☐ Ambas

Seguimiento del tratamiento del cáncer de mama:

☐ Ninguna ☐ Derecha ☐ Izqda ☐ Ambas

Seguimiento después del tratamiento del cáncer de mama:

☐ Ninguna ☐ Derecha ☐ Izqda ☐ Ambas

Seguimiento debido a cambios fibroquísticos:

☐ Ninguna ☐ Derecha ☐ Izqda ☐ Ambas

Nuevo diagnóstico de cáncer de mama:

☐ Ninguna ☐ Derecha ☐ Izqda ☐ Ambas

Tipo de cáncer si se sabe:

☐ DCIS¹ ☐ LCIS² ☐ ID³ ☐ IL⁴ ☐ Otro

¿Qué síntomas ha notado en las mamas?

Nueva masa mamaria:

☐ Ninguna ☐ Derecha ☐ Izqda ☐ Ambas

Si es una masa mamaria palpable, ¿qué tamaño tiene?

. ☐ mm ☐ cm ☐ pulgadas

Masa mamaria creciente:

☐ Ninguna ☐ Derecha ☐ Izqda ☐ Ambas

Dolor nuevo de mamas:

☐ Ninguna ☐ Derecha ☐ Izqda ☐ Ambas

Dolor crónico de mamas:

☐ Ninguna ☐ Derecha ☐ Izqda ☐ Ambas

Si le duelen las mamas, describa la intensidad del dolor:

Sin dolor ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Peor dolor

Dolor premenstrual de mamas:

☐ Ninguna ☐ Derecha ☐ Izqda ☐ Ambas

Secreción del pezón:

☐ Ninguna ☐ Derecha ☐ Izqda ☐ AmbasSi hay secreción, ¿con qué frecuencia aparece? ☐ Rara vez ☐ A diario ☐ Continuamente

Retracción del pezón:

☐ Ninguna ☐ Derecha ☐ Izqda ☐ Ambas

Mama eritematosa (enrojecida):

☐ Ninguna ☐ Derecha ☐ Izqda ☐ Ambas

¿Cuánto tiempo hace que sospecha que tiene problemas de mama o que los ha notado?

. ☐ Días ☐ Semanas ☐ Meses ☐ Años

La paciente debe llenarlo

Solamente para uso administrativo

Patient ID Number

U	S	F	-											
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Antecedentes personales patológicos (Conteste **TODAS** estas preguntas relativas a su salud.)

¿Alguna vez ha sufrido un infarto de miocardio?	☐ No ☐ Sí	La diabetes, ¿le ha causado problemas de riñón, o problemas de la vista que haya tratado el oftalmólogo?	☐ No ☐ Sí
¿Ha recibido alguna vez tratamiento por insuficiencia cardíaca? (Puede que le haya faltado el aliento y que el médico le haya dicho que tenía líquido en los pulmones o que el corazón no bombeaba sangre).	☐ No ☐ Sí	¿Alguna vez ha tenido problemas de riñón?	☐ No ☐ Sí
¿La han operado alguna vez para desbloquear las arterias de los brazos o las piernas o le han hecho una anastomosis (<i>bypass</i>)?	☐ No ☐ Sí	Si contestó que sí, responda a estas preguntas:	
¿Le ha dado una apoplejía o ha tenido un accidente cerebrovascular, coágulos de sangre, hemorragia cerebral o un accidente isquémico transitorio (AIT)?	☐ No ☐ Sí	¿Alguna vez ha tenido función deficiente de los riñones y análisis de sangre que mostrasen una elevada concentración de creatinina?	☐ No ☐ Sí
Si contestó que sí, ¿tiene dificultad para mover un brazo o una pierna debido a la apoplejía o al accidente cerebrovascular?	☐ No ☐ Sí	¿Se ha sometido a diálisis o a diálisis peritoneal?	☐ No ☐ Sí
¿Tiene asma, enfisema, bronquitis crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica?	☐ No ☐ Sí	¿Se ha hecho un transplante de riñón?	☐ No ☐ Sí
Si contestó que sí, ¿toma algún medicamento para tratarlo (tanto si es habitualmente como si es solamente cuando empeora)?	☐ No ☐ Sí	¿Tiene artritis reumatoide?	☐ No ☐ Sí
¿Tiene úlceras de estómago o gastroduodenales?	☐ No ☐ Sí	Si contestó que sí, ¿habitualmente toma medicamentos para la artritis?	☐ No ☐ Sí
Si contestó que sí, ¿se las diagnosticaron por endoscopia (el médico examinó el estómago con un endoscopio), o por un estudio del tránsito gastroduodenal o con una esofagografía (en la cual se traga una sustancia gris y luego se hacen radiografías)?	☐ No ☐ Sí	¿Tiene lupus (lupus eritematoso sistémico) o polimialgia reumática?	☐ No ☐ Sí
¿Tiene diabetes o azúcar alta en la sangre?	☐ No ☐ Sí	¿Tiene enfermedad de Alzheimer u otra forma de demencia?	☐ No ☐ Sí
Si contestó que sí, responda a estas preguntas:		¿Tiene cirrosis o alguna enfermedad grave del hígado?	☐ No ☐ Sí
¿Se trata controlando la alimentación?	☐ No ☐ Sí	¿Tiene leucemia o policitemia verdadera?	☐ No ☐ Sí
¿Se trata con medicamentos orales?	☐ No ☐ Sí	¿Tiene linfoma?	☐ No ☐ Sí
¿Se trata con inyecciones de insulina?	☐ No ☐ Sí	¿Tiene sida (VIH)? Esta pregunta es optativa.	☐ No ☐ Sí
		¿Tiene algún otro tipo de cáncer (que no sea cáncer de mama, de piel, leucemia o linfoma)?	☐ No ☐ Sí
		Si contestó que sí, ¿se ha extendido o se ha metastatizado a otras partes del cuerpo?	☐ No ☐ Sí

¿Tiene algún otro problema médico?

Si contestó que sí, descríbalos en este recuadro:

--



La paciente debe llenarlo

Solamente para uso administrativo

Patient ID Number

U	S	F	-										
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Antecedentes personales patológicos (continuación)

Cáncer de mama previo: ☐ Sí ☐ No

Si contesto que sí, escriba los detalles de las dos (2) últimas veces:

1. Tipo de cáncer de mama:

- ☐ Carcinoma lobulillar localizado (LCIS) ☐ Lobulillar invasivo
☐ Carcinoma intracanicular localizado (DCIS) ☐ Intracanicular invasivo
☐ Sin especificar ☐ No sé
☐ Otro

Si contestó "Otro", descríballo:

Fecha del diagnóstico (mm/dd/aaaa)

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Lado

☐ Izqdo ☐ Derecho ☐ Ambos ☐ No sé

Tratamiento

☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia
☐ Tratamiento hormonal ☐ Cirugía

2. Tipo de cáncer de mama:

- ☐ Carcinoma lobulillar localizado (LCIS) ☐ Lobulillar invasivo
☐ Carcinoma intracanicular localizado (DCIS) ☐ Intracanicular invasivo
☐ Sin especificar ☐ No sé
☐ Otro

Si contestó "Otro", descríballo:

Fecha del diagnóstico (mm/dd/aaaa)

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Lado

☐ Izqdo ☐ Derecho ☐ Ambos ☐ No sé

Tratamiento

☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia
☐ Tratamiento hormonal ☐ Cirugía
Antecedentes personales de cáncer que no sea de mama: ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Si contestó que sí, escriba los detalles aquí.

1.

Año del diagnóstico

--	--	--	--

Tratamiento

☐ Quimioterapia ☐ Radiación ☐ Ninguno
☐ Tratamiento hormonal ☐ Cirugía ☐ Otro
2.

Año del diagnóstico

--	--	--	--

Tratamiento

☐ Quimioterapia ☐ Radiación ☐ Ninguno
☐ Tratamiento hormonal ☐ Cirugía ☐ Otro


La paciente debe llenarlo

Solamente para uso administrativo

Patient ID Number

U	S	F	-											
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Antecedentes personales patológicos (continuación)

¿Cuál de estas opciones describe mejor la actividad física que tuvo EN LA ÚLTIMA SEMANA? Marque solamente una respuesta.

- ☐ Totalmente activa; capaz de realizar todas mis actividades habituales sin restricciones.
☐ Limitada en las actividades físicamente agotadoras aunque puedo caminar y hacer tareas domésticas ligeras.
☐ Puedo caminar y ocuparme de mí misma, pero no puedo trabajar. Estoy levantada más de la mitad del día.
☐ Necesito ayuda para cuidarme. Paso más de la mitad del día en la cama o sentada en una silla.
☐ No puedo arreglármelas sola, y paso todo el día en la cama o sentada en una silla.

¿Se examina las mamas? ☐ No ☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ De vez en cuando

3. Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes de cirugía mamaria: ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Si contestó que sí, describa las 3 últimas cirugías de mama.

1.	<u>Fecha de la cirugía (mm/dd/aaaa):</u> / /	<u>Tipo de cirugía:</u> ☐ Biopsia por escisión ☐ Biopsia con aguja gruesa ☐ Mastectomía parcial ☐ Mastectomía radical ☐ Implante ☐ Extracción de implantes	<u>Lado</u> ☐ Izquierdo ☐ Derecho ☐ Ambos	<u>Tipo de tumor:</u> ☐ Benigno ☐ Maligno ☐ Tumor sin secuelas ☐ No sé	<u>Tratamiento:</u> ☐ Quimioterapia ☐ Tratamiento hormonal ☐ Radioterapia
	Edad en el momento de la cirugía:				
2.	<u>Fecha de la cirugía (mm/dd/aaaa):</u> / /	<u>Tipo de cirugía:</u> ☐ Biopsia por escisión ☐ Biopsia con aguja gruesa ☐ Mastectomía parcial ☐ Mastectomía radical ☐ Implante ☐ Extracción de implantes	<u>Lado</u> ☐ Izquierdo ☐ Derecho ☐ Ambos	<u>Tipo de tumor:</u> ☐ Benigno ☐ Maligno ☐ Tumor sin secuelas ☐ No sé	<u>Tratamiento:</u> ☐ Quimioterapia ☐ Tratamiento hormonal ☐ Radioterapia
	Edad en el momento de la cirugía:				
3.	<u>Fecha de la cirugía (mm/dd/aaaa):</u> / /	<u>Tipo de cirugía:</u> ☐ Biopsia por escisión ☐ Biopsia con aguja gruesa ☐ Mastectomía parcial ☐ Mastectomía radical ☐ Implante ☐ Extracción de implantes	<u>Lado</u> ☐ Izquierdo ☐ Derecho ☐ Ambos	<u>Tipo de tumor:</u> ☐ Benigno ☐ Maligno ☐ Tumor sin secuelas ☐ No sé	<u>Tratamiento:</u> ☐ Quimioterapia ☐ Tratamiento hormonal ☐ Radioterapia
	Edad en el momento de la cirugía:				



La paciente debe llenarlo

Solamente para uso administrativo

Patient ID Number

U	S	F	-											
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Antecedentes quirúrgicos (continuación)**Antecedentes de otras cirugías** ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Si contestó que sí, describa las últimas cuatro (4) cirugías, empezando con la más reciente. Incluya las cirugías que haya tenido para otros tipos de cáncer.

	Fecha (mm/dd/aaaa)	Tipo de cirugía
1.	/ /	
2.	/ /	
3.	/ /	
4.	/ /	

Histerectomía (extirpación del útero):☐ Sí ☐ No ☐ No séFecha de la histerectomía
(mm/dd/aaaa):
 / /

Motivo de la histerectomía:

☐ Hemorragia excesiva ☐ Cáncer ☐ No sé
☐ Fibroma uterino ☐ Endometriosis ☐ Otros motivos

Si contestó "Otros motivos", especifique:

Ovariectomía (extirpación de un ovario):☐ Sí ☐ No ☐ No séFecha de la ovariectomía
(mm/dd/aaaa):
 / /

Lado de la ovariectomía:

☐ Izqdo ☐ Derecho ☐ Ambos ☐ No sé

Motivo de la ovariectomía:

☐ Durante la histerectomía ☐ Masa ovárica benigna ☐ No sé
☐ Cáncer de ovario ☐ Cáncer de endometrio
☐ Quiste de ovario ☐ Otros motivos
Si contestó "Otros motivos",
especifique:


Antecedentes personales patológicos

La paciente debe llenarlo

Solamente para uso administrativo

Patient ID Number

U	S	F	-												
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Estudios de diagnóstico

Mamografías

Fecha de la mamografía más reciente
(mm/dd/aaaa):

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Edad que tenía cuando se hizo la
mamografía más reciente (años):

--	--

Resultado de la mamografía más reciente:

☐ Normal☐ Irregular☐ No sé

Ultrasonido

Fecha de la ultrasonido más reciente
(mm/dd/aaaa):

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Edad que tenía cuando se hizo la
ultrasonido más reciente (años):

--	--

Resultado de la ultrasonido más reciente:

☐ Normal☐ Abnormal☐ Unknown

5. Medicamentos actuales

Detalle los medicamentos que esté tomando, incluidos *los fármacos de venta sin receta* médica y las *vitaminas*. Si toma más de 12, adjunte otra hoja en la que detalle los demás medicamentos.

MedicamentosDosis (incluya las unidades)

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		



Antecedentes personales patológicos

La paciente debe llenarlo

Solamente para uso administrativo

Patient ID Number

U	S	F	-												
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Alergias ☐ Sí ☐ Ninguna ☐ No sé

Escriba todos los medicamentos a los que es alérgica y la reacción que le causan. Además, incluya las reacciones que haya tenido a los estudios radiográficos. Si tiene más de 5 alergias, adjunte otra hoja para detallarlas.

Medicamentos y tratamientosTipo de reacción (marque todo lo que corresponda)

- | | | | |
|----|----------------------|---|--|
| 1. | <input type="text"/> | ☐ Sarpullidos o ronchas | ☐ Náuseas, vómitos o diarrea |
| | | ☐ Mareo, tensión baja, garganta cerrada | |
| 2. | <input type="text"/> | ☐ Sarpullidos o ronchas | ☐ Náuseas, vómitos o diarrea |
| | | ☐ Mareo, tensión baja, garganta cerrada | |
| 3. | <input type="text"/> | ☐ Sarpullidos o ronchas | ☐ Náuseas, vómitos o diarrea |
| | | ☐ Mareo, tensión baja, garganta cerrada | |
| 4. | <input type="text"/> | ☐ Sarpullidos o ronchas | ☐ Náuseas, vómitos o diarrea |
| | | ☐ Mareo, tensión baja, garganta cerrada | |
| 5. | <input type="text"/> | ☐ Sarpullidos o ronchas | ☐ Náuseas, vómitos o diarrea |
| | | ☐ Mareo, tensión baja, garganta cerrada | |

7. Antecedentes sociales

Estado civil:

☐ Casada ☐ Soltera ☐ Viuda ☐ Divorciada

¿Dónde nació?

¿Dónde se crió?

¿Cuántos años lleva en la Florida?

--	--

Empleo actual o anterior:

¿Fuma cigarrillos?

☐ Sí, en la actualidad ☐ No, en el pasado ☐ No

Si contestó que sí, responda a las siguientes preguntas:

¿Durante cuántos años fumó?

--	--

Número de cigarrillos a la semana:
(1 cajetilla = 20 cigarrillos)

--	--

Cajetillas al día:

--	--

 .

--

Fecha en que comenzó a fumar:

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Fecha en que dejó de fumar:

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--



La paciente debe llenarlo

Solamente para uso administrativo

Patient ID Number

U	S	F	-											
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Antecedentes sociales (continuación)

¿Toma bebidas alcohólicas?

☐ Sí ☐ No

Nota: Si sólo bebe de vez en cuando, marque "0".

¿Cuántas cervezas bebe a la semana?

☐ 0 ☐ 1 - 2 ☐ 3 - 4 ☐ Más de 5

¿Cuántas copas de vino bebe a la semana?

☐ 0 ☐ 1 - 2 ☐ 3 - 4 ☐ Más de 5

¿Cuánto licor bebe a la semana?

☐ 0 ☐ 1 - 2 ☐ 3 - 4 ☐ Más de 5

¿Toma bebidas con cafeína?

☐ Sí ☐ No

¿Cuántas tazas de café o té bebe al día?

--	--

¿Cuántos refrescos (soda) bebe al día?

--	--

¿Qué tipo?

--

Ejercicio:

¿Qué tipo de ejercicio hace?

--



La paciente debe llenarlo

Solamente para uso administrativo

Patient ID Number

U	S	F	-										
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. Antecedentes de tipo reproductor

Antecedentes menstruales

Situación menstrual actual

--	--

 (años)

Edad a la que le vino la menstruación

- ☐ Premenopáusica ☐ Extirpación de los ovarios ☐ Perimenopáusica
☐ Postmenopáusica ☐ No procede (varón) ☐ No sé

Si no ha tenido la menstruación durante al menos 6 meses, ¿qué edad tenía cuando ocurrió?

--	--

 (años)

Fecha de la última menstruación

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

¿Ha tenido la menstruación en los últimos 6 meses?

- ☐ No ☐ Sí, tengo la menstruación naturalmente.
☐ Sí, tengo la menstruación con píldoras anticonceptivas.
☐ Sí, tengo la menstruación con el tratamiento de restitución hormonal.

Si NO ha tenido la menstruación en los últimos 6 meses, ¿por qué ha sido?

- ☐ Embarazo o lactancia ☐ Histerectomía. No estoy segura del estado de los ovarios
☐ Menopausia natural ☐ Extirpación de ambos ovarios sin histerectomía
☐ Histerectomía sin extirpación de los ovarios ☐ Quimioterapia, radioterapia o tratamiento
☐ Histerectomía con extirpación de ambos ovarios ☐ No sé

Si NO ha terminado la menopausia, ¿tiene la menstruación regularmente?

- ☐ Sí ☐ No

Intervalo entre menstruaciones:

--	--

 (días)

Duración de la menstruación:

--	--

 (días)

Antecedentes de embarazo

¿Ha estado embarazada alguna vez? ☐ Sí ☐ No

Si contestó que sí, escriba la siguiente información:

Cuántos embarazos:

--	--

Nacimientos prematuros totales:

--	--

Cuántos partos a término:

--	--

Número total de abortos provocados:

--	--

Edad del primer nacimiento vivo:

--	--

Número total de abortos naturales:

--	--

Fecha de nacimiento de cada hijo

¿Amamantó a este hijo?

- | | | | | | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 1. | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | ☐ Sí ☐ No |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 2. | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | ☐ Sí ☐ No |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 3. | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | ☐ Sí ☐ No |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 4. | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | ☐ Sí ☐ No |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 5. | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | ☐ Sí ☐ No |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |



Antecedentes personales patológicos

La paciente debe llenarlo

Solamente para uso administrativo

Patient ID Number

U	S	F	-											
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. Antecedentes de tipo reproductor (continuación)

Utilización de hormonas

¿Qué describe mejor el uso de hormonas?

- ☐ Nunca las he usado ☐ Complemento después de la histerectomía u ovariectomía
- ☐ Para quedarme embarazada ☐ Para prevenir la osteoporosis
- ☐ Para mantener el embarazo ☐ Para aliviar los síntomas de la menopausia
- ☐ Para prevenir un embarazo ☐ No sé

¿Cuántos años usó complementos hormonales?

		.	
--	--	---	--

Proporcione información detallada sobre estas hormonas específicas:

Anticonceptivos orales:

- ☐ Actualmente ☐ Antes ☐ Nunca

Número de años en que los usó:

		.	
--	--	---	--

Tratamiento de restitución hormonal:

Estrógeno y progesterona:

- ☐ Sí ☐ No ☐ Antes ☐ No sé

Solamente estrógeno:

- ☐ Sí ☐ No ☐ Antes ☐ No sé

Solamente progesterona:

- ☐ Sí ☐ No ☐ Antes ☐ No sé

Parches o cremas tópicas o vaginales:

- ☐ Sí ☐ No ☐ Antes ☐ No sé

Número de años en que estuvo en este tratamiento:

		.	
--	--	---	--

¿Ha recibido quimioterapia, tratamiento hormonal (excluido el tamoxifeno) o radioterapia durante el último mes?

- ☐ Sí ☐ No ☐ No especificado

9. Antecedentes familiares

Madre:

☐ Viva

Edad:

--	--	--

Enfermedades:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ Muerta

Edad a la que falleció:

--	--	--

Fecha del fallecimiento:

		/			/						
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

Causa del fallecimiento:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Padre:

☐ Vivo

Edad:

--	--	--

Enfermedades:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ Muerto

Edad a la que falleció:

--	--	--

Fecha del fallecimiento:

		/			/						
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

Causa del fallecimiento:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



La paciente debe llenarlo

Solamente para uso administrativo

Patient ID Number

U	S	F	-											
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Antecedentes familiares (continuación)

Antecedentes familiares de dolencias mamarias

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Si contestó que sí, escriba los detalles a continuación:

	Pariente*	Edad a la que se le diagnosticó				
1.	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
2.	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
3.	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
4.	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
5.	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Clave de parientes

* Utilice esta clave cuando llene la información del "Pariente". Materno se refiere a sus parientes por parte de madre, mientras que paterno se refiere a sus parientes por parte de padre.

- | | |
|---------------------|--------------------------------|
| 1 = Madre | 11 = Tía materna |
| 2 = Padre | 12 = Tío materno |
| 3 = Hermana | 13 = Tía paterna |
| 4 = Hermano | 14 = Tío paterno |
| 5 = Hija | 15 = Primo (materno o paterno) |
| 6 = Hijo | |
| 7 = Abuela materna | |
| 8 = Abuelo materno | |
| 9 = Abuela paterna | |
| 10 = Abuelo paterno | |

Antecedentes familiares de otros tipos de cáncer (incluido el de mama):

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Si contestó que sí, escriba los detalles a continuación (*utilice la clave de "Parientes" de más arriba).

	Pariente*	Edad a la que se le diagnosticó	Estado del pariente	Tipo de cáncer:	Muerte debida al cáncer	Edad a la que falleció									
1.	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			☐ Vivo ☐ Muerto ☐ No sé	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			☐ Sí ☐ No ☐ No sé	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
2.	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			☐ Vivo ☐ Muerto ☐ No sé	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			☐ Sí ☐ No ☐ No sé	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
3.	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			☐ Vivo ☐ Muerto ☐ No sé	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			☐ Sí ☐ No ☐ No sé	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
4.	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			☐ Vivo ☐ Muerto ☐ No sé	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			☐ Sí ☐ No ☐ No sé	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
5.	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			☐ Vivo ☐ Muerto ☐ No sé	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			☐ Sí ☐ No ☐ No sé	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
6.	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			☐ Vivo ☐ Muerto ☐ No sé	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			☐ Sí ☐ No ☐ No sé	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
7.	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			☐ Vivo ☐ Muerto ☐ No sé	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			☐ Sí ☐ No ☐ No sé	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			



La paciente debe llenarlo

Solamente para uso administrativo

Patient ID Number

U	S	F	-																
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Reviewed by (please print):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. Repaso de los aparatosPeso actual (libras):

--	--	--	--

 .

--

Estatura (pulgadas):

--	--	--	--

 .

--

¿Ha engordado o adelgazado 10 libras (5 kilos) o más en el último año? ☐ Engordé ☐ Adelgacé ☐ Nada

Marque todo lo que corresponda en este momento:

General:

- ☐ Adelgazamiento reciente ☐ Fiebres
☐ Aumento de peso reciente ☐ Escalofríos
☐ Debilidad ☐ Poco apetito
☐ Fatiga ☐ Duerme mal
☐ Nada

Piel:

- ☐ Sarpullidos ☐ Cambios de color
☐ Bultos ☐ Cambios en el cabello o las uñas
☐ Úlceras ☐ Sequedad
☐ Picazón ☐ Nada

Cabeza:

- ☐ Dolores de cabeza ☐ Lesión de cabeza
☐ Nada

Ojos:

- ☐ Cambios de la vista ☐ Vista doble
☐ Espejuelos lentillas ☐ Glaucoma
☐ Dolor ☐ Cataratas
☐ Rojez ☐ Lagrimeo excesivo
☐ Nada

Oídos:

- ☐ Sordera ☐ Dolor de oídos
☐ Zumbido de oídos ☐ Infecciones
☐ Vértigo ☐ Secreción
☐ Nada

Nariz y senos nasales:

- ☐ Resfriados frecuentes ☐ Fiebre del heno
☐ Nariz taponada ☐ Hemorragias nasales
☐ Secreción ☐ Problemas sinusales
☐ Nada

Boca y garganta:

- ☐ Problemas dentales ☐ Dolor frecuente de garganta
☐ Encías sangrantes ☐ Ronquera
☐ Dolor de lengua ☐ Nada

Cuello:

- ☐ Ganglios linfáticos inflamados
☐ Agrandamiento de la glándula tiroidea (bocio)
☐ Dolor o rigidez ☐ Nada

Mamas:

- ☐ Bultos ☐ Cambios en la piel
☐ Dolor o molestias ☐ Fibrosis quística
☐ Secreción del pezón ☐ Nada

Respiratorio:

- ☐ Tos ☐ Neumonía
☐ Asma ☐ Tuberculosis
☐ Bronquitis ☐ Pleuritis
☐ Enfisema ☐ Nada

Cardíaco:

- ☐ Problemas del corazón
☐ Tensión arterial alta
☐ Fiebre reumática
☐ Soplo cardíaco
☐ Dolor o molestias en el tórax
☐ Palpitaciones
☐ Falta de aliento (disnea) en reposo
☐ Falta de aliento (disnea) de esfuerzo
☐ Falta de aliento (disnea) acostada
☐ Piernas hinchadas
☐ Nada

Digestivo:

- ☐ Problemas para tragar
☐ Ardor de estómago
☐ Inapetencia
☐ Náuseas
☐ Vómitos
☐ Indigestión
☐ Estreñimiento
☐ Diarrea
☐ Cambio en los hábitos de defecación
☐ Hemorragia rectal
☐ Hemorroides
☐ Dolor abdominal
☐ Problemas de hígado
☐ Problemas de vesícula
☐ Hepatitis
☐ Exceso de gas o eructos
☐ Nada

Urinario:

- ☐ Orina frecuente ☐ Incontinencia
☐ Quemazón o dolor ☐ Cálculos renales
☐ Sangre en la orina ☐ Infecciones
☐ Dificultad para empezar a orinar ☐ Nada

Periférico-vascular:

- ☐ Calambres en las piernas ☐ Varices
☐ Coágulos ☐ Nada

Génitorreproductor:

- ☐ Hemorragia vaginal irregular
☐ Coito doloroso
☐ Flujo vaginal
☐ Sequedad vaginal
☐ Sofocos
☐ Infecciones
☐ Picazón
☐ Úlceras o bultos
☐ Hernias
☐ Secreción del pene
☐ Úlceras en el pene
☐ Dolor testicular
☐ Masas testiculares
☐ Nada

Mujer

Varón

Locomotor:

- ☐ Dolor muscular ☐ Fracturas ☐ Artritis
☐ Dolor de espalda ☐ Debilidad ☐ Gota
☐ Dolor de las articulaciones ☐ Nada
☐ Amplitud limitada de movimientos

Neurológico:

- ☐ Desmayos ☐ Cosquilleo
☐ Convulsiones ☐ Temblores
☐ Parálisis ☐ Movimientos involuntarios
☐ Entumecimiento ☐ Nada

Hemático:

- ☐ Anemia ☐ Transfusión de sangre ☐ Nada
☐ Linfoma ☐ Leucemia o policitemia
☐ Le salen moratones o sangra fácilmente

Endocrino:

- ☐ Problemas con la glándula tiroidea
☐ Intolerancia al frío o al calor
☐ Sudoración excesiva
☐ Diabetes
☐ Hipoglucemia (azúcar baja)
☐ Sed excesiva
☐ Nada

Afectivo o psiquiátrico:

- ☐ Mayor ansiedad ☐ Cambios de humor
☐ Depresión ☐ Amnesia
☐ Dificultad para dormir ☐ Enfermedad psíquica
☐ Enfermedad de Alzheimer ☐ Nada

Autoinmunitario:

- ☐ Sida ☐ Lupus ☐ Nada





MR Number

U	S	F	-											
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Formulario de consentimiento informado y autorización para participar en investigación

Información que se debe tener en cuenta antes de participar en este estudio de investigación

Los investigadores de la Universidad Sur Florida (USF), estudian muchos asuntos. Para poder hacer esto, necesitamos la ayuda de personas que acepten participar en un estudio de investigación. El Programa de la Salud del Seno en USF, la cual es parte del sistema de salud de USF, tiene un estudio específico que agradecería su participación. Este formulario le habla de este estudio específico la cual se llama:

Base de datos sobre el cuidado de la salud de los senos

Las personas a cargo de este estudio de investigación son:

Charles E. Cox, MD, FACS (médico y socio del Colegio Americano de Cirujanos);
Meira Pernicone, MD

La "Base de datos sobre el cuidado de la salud de los senos" (Breast Care Database) está auspiciado por la Caja de Dotación para el Cáncer de Seno Joy Culverhouse y patrocinada por el departamento de Salud de USF.

Objetivo del estudio

El objetivo de este estudio de investigación es tomar información sobre la salud y atención médica de los pacientes que vienen al Centro Integral de Cáncer de Seno. Nos gustaría recopilar esta información para asegurar la calidad de los tratamientos actuales y para ayudar a concebir nuevos métodos de diagnosticar y tratar a futuros pacientes.

Procedimientos del estudio

Si usted participa en este estudio, le vamos a pedir que permita que los investigadores del Programa de Salud del Seno de USF que recopilen y almacenen su información médica en una base de datos llamada "Base de datos sobre el cuidado de la salud de los senos". La información recopilada y almacenada en la base de datos se usará para administrar su tratamiento actual y la investigación realizada en USF Health, aprobados por el IRB de USF.





MR Number

U	S	F	-											
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Formulario de consentimiento informado y autorización para participar en investigación

Información que se debe tener en cuenta antes de participar en este estudio de investigación

Si elige participar en este estudio, es posible que nos pongamos en contacto con los demás médicos que actualmente le atienden o a quienes verá en el futuro. Puede que también nos comuniquemos con usted por correo postal, lo cual nos permitirá tener un registro completo y actualizado de la atención médica y del seguimiento que usted podrá recibir fuera del Programa de Salud del Seno en USF.

Su información médica se guardará por un tiempo indefinido en la base de datos citada. Usted siempre tendrá la opción de cancelar su participación, notificándonos por escrito. Si usted cancela su participación, dejaremos de usar su información para nuestra investigación, aunque ésta permanecerá en la base de datos para ayudar a manejar su futura atención médica.

Beneficios

Es posible que usted no se beneficie directamente de participar en este estudio de la base de datos. Sin embargo, el estudio nos ayudará a mejorar el cuidado de la salud de los senos ahora y en el futuro, para todas las pacientes.

Riesgos o molestias

No hay riesgos para la salud por participar en este estudio de la base de datos.

¿Cobraré por participar en este estudio?

Usted no recibirá pago alguno por participar en este estudio de la base de datos.

¿Le costará dinero participar en este estudio?

No le costará nada participar en este estudio de la base de datos. Si en el futuro nos ponemos en contacto con usted por correo postal para obtener información médica actualizada, le enviaremos un sobre con estampilla y con la dirección preimpresa.

Confidencialidad de la información usada en el estudio

La información médica almacenada en la base de datos es parte de un protocolo de investigación perteneciente al Comité de Revisión Institucional (IRB, por sus siglas en inglés) de USF. La base de datos constituye un depósito seguro para su información médica, la cual no puede compartirse con otras personas, salvo con su permiso.

El estudio del Programa de la Salud del Seno en USF es conducido por la Universidad de Sur Florida y sus afiliados. Al firmar este contrato, usted está permitiendo que USF y sus afiliados usen su información personal de la salud para futuros estudios conducidos por el programa de salud de USF, aprobados por el Comité de Revisión Institucional (IRB).





MR Number

U	S	F	-											
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Formulario de consentimiento informado y autorización para participar en investigación

Información que se debe tener en cuenta antes de participar en este estudio de investigación

Por ello, toda la información privilegiada que se guarde en esta base de datos no estará accesible para compañías de seguros ni ninguna otra persona, y no podrá usarse para ofrecerle servicios sin su consentimiento.

En el Programa de Salud del Seno en USF, la investigación se lleva a cabo conjuntamente con la Universidad de Sur Florida (USF). Al firmar este documento, usted autoriza a USF y su asociados para que usen su información médica personal que se recopile, con el propósito de investigar internamente dentro del marco de sus acuerdos de asistencia médica organizada por el departamento de salud de USF.

Además, usted permite que el sistema de cuidado de la salud de USF comparta la información médica personal del paciente con otras personas u organizaciones que participen en las investigaciones aprobadas por el IRB. Compartir la información sobre las personas y su salud es necesario para efectuar investigaciones correctamente. Somos conscientes de que la información es privada y la protegeremos en todo momento, conforme lo estipula la ley federal.

¿Quién verá o usará la información que usted proporcione?

El departamento de salud de USF y las personas y organizaciones citadas a continuación posiblemente repasaran su información para proporcionar atención médica al paciente:

- " El personal médico que le atiende.
- " El equipo de investigación, incluidos el investigador principal, el coordinator del estudio, las enfermeras de investigación y demás personal del estudio de investigación.
- " Todo el personal médico y de otro tipo de USF Health que le atienden y dan tratamiento en este estudio de investigación.
- " Otros centros de investigación que participan en el estudio, incluido el personal médico y de investigación de cada centro.
- " Futuros estudios aprobados por el IRB de USF.

Las siguientes entidades posiblemente repasen su información para asegurar que ésta cumpla con los parámetros de seguridad estatales, locales y federales:

- " Entidades del gobierno federal, estatal o local que reglamenten la investigación, incluidos la Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés), el Departamento de Salud de Florida, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS, por sus siglas en inglés) y la Oficina para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación (OHRP, por sus siglas en inglés)



MR Number

U	S	F	-											
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Formulario de consentimiento informado y autorización para participar en investigación

Información que se debe tener en cuenta antes de participar en este estudio de investigación

- " El Comité de Revisión Institucional de USF y el personal asociado (que tenga responsabilidades de supervisión en este estudio), el personal de la Oficina de Investigaciones de USF (USF Office of Research), la División de Integridad y Cumplimiento de la Normativa en Investigación (USF Division of Research Integrity and Compliance) y las demás oficinas de USF que supervisen la investigación.
- " Los comités designados de revisión por colegas, tales como el Comité de Control y Revisión de Protocolos y el Comité de Control para la Seguridad de los Datos, así como el Comité Ejecutivo de Investigaciones.
- " Gestores de datos y coordinadores de los estudios clínicos.

¿Quién más puede usar esta información?

Todas las partes antes citadas quizá contraten consultores u otras personas para que les ayuden a entender, analizar y efectuar este estudio. Igual que nosotros, todos ellos están obligados a proteger la información médica privada de los pacientes. Sin embargo, una vez que la información sale del departamento salud de USF no podemos prometer que otras partes también mantengan su confidencialidad. Si compartimos información alguna, tendremos un contrato escrito con tal organización en el que se indique que defenderán la seguridad de la información médica del paciente conforme lo estipula la ley.

¿Cómo se usará mi información?

Al firmar este formulario, usted da permiso para que su información médica se use como es descrito en este documento para futuros estudios aprobados por el IRB. Es posible que publiquemos lo que descubramos a partir de los estudios de investigación. Si así fuera, no publicaremos nada que pudiera indicar a otras personas quién es usted ni directa ni indirectamente. Además, su información posiblemente se use para gestionar su tratamiento, para recaudar el pago de tal tratamiento (cuando sea pertinente) y para llevar a cabo operaciones comerciales habituales dentro de los sistemas de atención del departamento de salud de USF. Su autorización para que usemos su información médica no vencerá hasta que se termine este estudio de investigación, salvo que usted la revoque por escrito.





MR Number

U	S	F	-											
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Formulario de consentimiento informado y autorización para participar en investigación

Información que se debe tener en cuenta antes de participar en este estudio de investigación

¿Qué información se usará?

Parte de esta investigación consiste en que el departamento de salud de USF posiblemente recopilen y usen la siguiente información:

- " Su historia clínica completa
- " Todos los expedientes médicos pasados, actuales o futuros que tengan USF, otros profesionales de la salud o cualquier otro centro afiliado con el estudio, incluida toda la información que no esté protegida por el Certificado de Confidencialidad.

¿Qué ocurre si hay información que deseo mantener privada?

Si tiene información protegida por el Certificado de Confidencialidad, por ejemplo, VIH o sida, salud mental, abuso de sustancias o información genética, ésta no se incluirá en la base de datos sin su permiso. Si usted lo permite, la información se almacenará con un nivel añadido de seguridad.

¿Qué derechos tiene usted?

Usted tiene derecho a negarse a firmar este formulario. Si usted se niega:

- " No podrá participar en esta investigación. Sin embargo, tal decisión no influirá en absoluto en la atención médica y tratamiento que reciba en el departamento de salud de USF.
- " No cambiará la atención médica que usted reciba fuera del departamento de salud de USF.
- " No cambiará sus beneficios médicos.
- " No cambiará los gastos asociados con la atención médica.

¿Cómo retiro mi permiso de que usen mi información después de haber firmado el formulario?

Si desea abandonar el estudio, puede hacerlo por escrito (por carta o correo electrónico). Escriba al:

Dr. Charles Cox
 USF Breast Health Program
 3000 Medical Park Drive Suite 140
 Tampa, FL 33613
 BreastProgram@health.usf.edu





MR Number

U	S	F	-											
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Formulario de consentimiento informado y autorización para participar en investigación

Información que se debe tener en cuenta antes de participar en este estudio de investigación

Si decide retirarse del estudio:

- " Su información médica dejará de usarse en nuevos estudios de investigación.
- " Si su información médica está usándose en la actualidad en un estudio anterior a la fecha de retirarse, la información seguirá usándose en esos estudios.
- " El personal o su médico de atención primaria posiblemente le hagan un seguimiento si hay un motivo médico para ello.

Preguntas, inquietudes o quejas

Si tiene alguna pregunta, inquietud o queja sobre este estudio, llame al doctor Charles E. Cox al (813) 793-4272, o a Nicole Howard, coordinadora del estudio, al (813) 793-4272 x 208. También puede enviar un correo electrónico a la coordinadora a BreastProgram@health.usf.edu.

Si tiene preguntas sobre sus derechos, preguntas generales, quejas o asuntos como persona participante en un estudio de investigación, puede comunicarse con la División de Integridad y Cumplimiento de la Normativa en Investigación (Division of Research Integrity and Compliance) de la University of South Florida al (813) 974-9343.

Si sufre un efecto adverso o problema imprevisto, llame a Nicole Howard, coordinadora del estudio, al (813) 793-4272 x 208.

Consentimiento y autorización para efectuar estudios de investigación

Solamente debe participar en este estudio si lo desea. No debe sentir presión por participar en el estudio para complacer al investigador o al personal del estudio. Usted es libre de participar y retirarse en cualquier momento sin sanciones ni la pérdida de los beneficios a los que tiene derecho, y sin que su decisión afecte en absoluto a la atención médica y tratamiento que reciba. Si usted decide participar, lea las siguientes tres afirmaciones con atención y firme debajo.





MR Number

U	S	F	-											
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Formulario de consentimiento informado y autorización para participar en investigación

Información que se debe tener en cuenta antes de participar en este estudio de investigación

Certificado de Confidencialidad

Para ayudarnos a proteger su privacidad, hemos obtenido un Certificado de Confidencialidad del Instituto Nacional de la Salud. Con este certificado, los investigadores no serán forzado a revelar información sobre su identidad, ni por la citación de corte. En ningún estado federal, civil, criminal, administrativo, legislativo o otros procedimientos. Los investigadores usarán el certificado para resistir cualquier demanda de información que le podrá identificar, menos las que están explicadas a continuación.

Este Certificado no podrá ser usado para resistir alguna demanda de información personal del gobierno de los Estados Unidos que será usado para auditar o evaluar estudios que son financiados por el gobierno o información que tendrá que ser obtenida en orden para estar en acuerdo con los requisitos del federal Administración de Drogas y Alimentos (FDA).

Usted tendrá que entender que el Certificado de Confidencialidad no le previene a usted o a un miembro de su familia del voluntariamente liberar información de usted o sobre su apoyo en el estudio. Si algún asegurado, empleado, o otra persona obtiene su permiso escrito para obtener su información en el estudio, los investigadores no podrán usar este certificado para negar la información.





MR Number

U	S	F	-											
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Formulario de consentimiento informado y autorización para participar en investigación

Información que se debe tener en cuenta antes de participar en este estudio de investigación

Entiendo que al firmar este formulario:

1. Estoy dando permiso para que mi información médica se use en futuros estudios de investigación aprobados por el IRB.
2. Estoy dando permiso para que el personal investigador de este estudio se comunique con otros médicos y profesionales de la salud que me atienden en la actualidad o que puedan atenderme en el futuro para que puedan hacer un seguimiento de mi información médica, tratamiento y estado.
3. He recibido una copia de este formulario de consentimiento para llevármela.

--

Fecha

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Firma de la persona participante en el estudio

Nombre en letra de imprenta del paciente participante en el estudio

[Aquí termina la parte del consentimiento informado dirigida al paciente. Las siguientes secciones en inglés corresponden a la persona que recoge la firma de consentimiento del paciente].





MR Number

U	S	F	-											
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Formulario de consentimiento informado y autorización para participar en investigación

Información que se debe tener en cuenta antes de participar en este estudio de investigación

Statement of Person Obtaining Informed Consent/Authorization

I have carefully explained to the person taking part in the study what he or she can expect.

I hereby certify that when this person signs this form, to the best of my knowledge, he or she understands:

- " What the research study is about.
- " What the potential benefits might be.
- " What the known risks might be.

I also certify that he or she does not have any problems that could make it hard to understand what it means to take part in this research study. This person speaks the language that was used to explain this research study.

This person reads well enough to understand this form or, if not, this person is able to hear and understand when the form is read to him or her.

This person does not have a medical/psychological problem that would compromise comprehension and therefore makes it hard to understand what is being explained and can, therefore, give informed consent.

This person is not taking drugs that may cloud their judgment or make it hard to understand what is being explained and can, therefore, give informed consent.

Date

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Signature of Person Obtaining Informed Consent/Authorization

Printed Name of Person Obtaining Informed Consent/Authorization





National Institutes of Health
National Cancer Institute
Bethesda, Maryland 20892

CONFIDENTIALITY CERTIFICATE

NCI-08-047

issued to

University of South Florida
conducting research known as
"The Breast Cancer Database"

In accordance with the provisions of section 301(d) of the Public Health Service Act 42 U.S.C. 241(d), this Certificate is issued in response to the request of the Principal Investigator, Dr. Charles E. Cox, to protect the privacy of research subjects by withholding their identities from all persons not connected with this research. Dr. Cox is primarily responsible for the conduct of this research.

Under the authority vested in the Secretary of Health and Human Services by section 301(d), all persons who:

1. are enrolled in, employed by, or associated with the University of South Florida and its contractors or cooperating agencies, and
2. have in the course of their employment or association access to information which would identify individuals who are the subjects of the research pertaining to the project known as "The Breast Cancer Database"

are hereby authorized to protect the privacy of the individuals who are the subjects of that research by withholding their names and other identifying characteristics from all persons not connected with the conduct of that research.



The purpose of this study is to gather information about the health and care of patients that come in to the Comprehensive Breast Clinic.

All patients with a diagnosis of a breast-related malignant or benign disease, including cancer or fibrocystic disease, are eligible for entry into the breast care database.

A Certificate is needed because sensitive personal and medical information will be collected from subjects for research purposes during the course of this study. This Certificate will help researchers avoid involuntary disclosure, which could expose subjects and their families to adverse economic, psychological, and social consequences.

Data will be stored on private servers which are connected to the existing network of the University of South Florida. Only authorized users will be able to log on to the network before the database can be accessed.

This research began on 6/21/2004 and ends on 6/21/2014.

As provided in section 301(d) of the Public Health Service Act 42 U.S.C. 241 (d):

"Persons so authorized to protect the privacy of such individuals may not be compelled in any Federal, State, or local civil, criminal, administrative, legislative, or other proceedings to identify such individuals."

This Certificate does not protect you from being compelled to make disclosures that: (1) have been consented to in writing by the research subject or the subject's legally authorized representative; (2) are required by the Federal Food, Drug, and Cosmetic Act (21 U.S.C. 301 et seq.) or regulations issued under that Act; or (3) have been requested from a research project funded by NIH or DHHS by authorized representatives of those agencies for the purpose of audit or program review.

This Certificate does not represent an endorsement of the research project by the Department of Health and Human Services. This Certificate is now in effect and will expire on 6/21/2015. The protection afforded by this Certificate of Confidentiality is permanent with respect to any individual who participate as a research subject (i.e., about whom the investigator maintains identifying information) during any time the Certificate is in effect.

Date

12/4/08

Alan S. Rabson, M.D.
Deputy Director
National Cancer Institute
National Institutes of Health

APPROVED

USF INSTITUTIONAL
REVIEW BOARD FWA00001669

USF Health
Release of Information Department

12901 Bruce B. Downs Blvd MDC 33 · Tampa, FL · 33612

Phone (813) 974-9818 · Fax (813) 974-4280

Authorization to Release Medical Records, PHI, to Additional providers, family member, Friend and/or Organization.

Patient Name: _____

DOB _____ Social Security Number _____

Medical Record Number _____

I authorize release of PHI as defined under "HIPAA" as described on the attached authorization form to the following person(s), family member, physicians(s) and or organization(s):

Name of person(s) or Physician(s) _____

Relationship to patient _____

Street address: _____

City, State and zip code _____

Telephone number: _____

Fax number: _____

Purpose: _____

Signature of patient or personal representative

Date

Printed name of **patient** or **personal representative** (circle one)

Relationship to patient giving representative authority to act for patient

Patient or personal representative was given a copy of this form. YES _____ NO _____

USFPG Staff member completing this process _____

Date _____



USF Physicians Group
UNIVERSITY OF SOUTH FLORIDA
Authorization to Records Custodian
RELEASE OF INFORMATION

Patient's Name _____ Date of birth _____

Patient's Social Security No. _____ Medical Record No. _____

By signing this form I understand that I am authorizing the designated medical records custodians or database custodian to use and/or disclose my protected health information (PHI) as defined under 45 CFR 164.501, the federal regulations implementing the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA") as described below to the following person(s) or organization(s)

Release to: _____ Obtain from: _____

Name _____ Name _____

Street Address _____ Street Address _____

City, State, Zip Code _____ City, State, Zip Code _____

Purpose: _____

I specifically authorize the use and disclosure of the following PHI: (Please provide a detailed description of the particular data and period of time you are requesting) Initial next to A, B, or C

A. _____ ALL records in the custody of USF/USF Physicians Group

B. _____ ALL records in the custody of _____

C. _____ ONLY the following: (Check records being requested)

_____ Records of the treating physician _____ only

_____ Evaluation Initial

_____ Discharge Summary

_____ Follow Up Notes

_____ Hospital Admission History and Physical

_____ Medication Report

_____ X-rays

_____ Most Recent Discharge Status

_____ Lab Results

_____ Other _____

I understand that I may be charged for the copying of these patient records and payment is expected at the time the copies are received from the University of South Florida/USF Physicians Group.

If requesting information relating to: (1) Acquired immunodeficiency syndrome ("AIDS") or human immunodeficiency virus ("HIV") infection; (2) treatment for drug or alcohol abuse; (3) mental or behavioral health or psychiatric care, excluding psychotherapy notes or (4) genetic testing, specific authorization on this form or a court order is required since this information is privileged. A separate authorization is required for psychotherapy session notes. Psychotherapy session notes excludes medication prescription and monitoring, counseling session start and stop times, the modalities and frequencies of treatment furnished, results of clinical tests, and any summary of the following items: diagnosis, functional status, the treatment plan, symptoms, prognosis and progress to date. 45 CFR 164.501.

I may revoke this authorization form at any time by notifying the above-referenced records custodian at the location listed above, of my intent to revoke this authorization. Returning this form, signed, dated and with the words "authorization revoked" is sufficient notice. However, I understand that such revocation will not have any effect on any information already used or disclosed by the University of South Florida before the University received my written notice of revocation.

This authorization form expires on _____ or when _____ occurs.

I may inspect and receive a copy of the information to be used and disclosed pursuant to this Authorization form.

I understand that I am not required to sign this Authorization form in exchange for the patient receiving treatment from the University of South Florida or _____. I also understand that payment, enrollment in a health plan and/or eligibility for benefits will not be conditioned upon my signing this form.

I understand that I may refuse to sign this form.

There is a potential that the PHI may be re-disclosed by the recipient and no longer protected by federal or state privacy laws.

Signature of patient or personal representative _____

Date _____

Printed name of patient or personal representative _____

Relationship to patient giving representative authority to act for patient _____

Take this quiz to find out your cancer risk

This brief questionnaire will help you determine whether you should be further evaluated for either Hereditary Breast and Ovarian Cancer syndrome or Lynch syndrome.

Don't forget to include BOTH your mother's and father's side of the family when answering questions. You will be assessed for the following hereditary cancers:

- breast cancer
- ovarian cancer
- colon cancer
- uterine cancer
- pancreatic cancer

These questions are based on the clinical guidelines doctors use to determine whether you should be tested for one of the above syndromes. This is not a test, but rather a questionnaire to help determine risk so you can be prepared to talk to your doctor about further evaluation of your personal and family history of cancer.

Start Now

By using the Quiz, you agree to be bound by the following [Terms](#).



Your quiz results will automatically be sent to the healthcare provider that asked you to take the quiz. If you would like to share this quiz with your friends and family, please use the following link: www.hereditarycancerquiz.com



Myriad, the Myriad logo, BRACAnalysis, the BRACAnalysis logo, COLARIS, the COLARIS logo, Myriad Promise, the Myriad Promise logo, Support360, and the Support360, Just Ask! And Just Ask! Logo are either trademarks or registered trademarks of Myriad Genetics, Inc in the United States and other jurisdictions.