

Cancer Supplement_English

A family medical history is a record of health information about a person and his or her close relatives. The following questions are about your family history of ovarian and breast cancer.

C1. Have any of your family members listed below who are related to you by blood had ovarian cancer? For each family member, check **No** if she has not had ovarian cancer, **Yes** if she has, or **DK** if you don't know.

Family member	Had Ovarian Cancer		
	No	Yes	DK
a. My mother.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. My mother's mother.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. My father's mother.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2. Have any of your other family members who are related to you by blood had ovarian cancer? For each family member, check **No** if she has not had ovarian cancer, **Yes** if she has, **DK** if you don't know, or **NA** if the option does not apply to you.

Family member	Had Ovarian Cancer			
	No	Yes	DK	NA
a. Sister(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IF YES, how many have had ovarian cancer?	_____			
b. Aunt(s).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IF YES, how many have had ovarian cancer?	_____			
c. Female cousin(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IF YES, how many have had ovarian cancer?	_____			

C3. Have any of your family members listed below who are related to you by blood had breast cancer? For each family member, check **No** if they have not had breast cancer, **Yes** if they have, or **DK** if you don't know.

Family member	Had Breast Cancer		
	No	Yes	DK
a. My mother.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. My mother's mother.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. My father's mother.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. My father.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. My mother's father.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. My father's father.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C4. Have any of your other family members who are related to you by blood had breast cancer? For each family member, check **No** if they have not had breast cancer, **Yes** if they have, **DK** if you don't know, or **NA** if the option does not apply to you.

Family member	Had Breast Cancer			
	No	Yes	DK	NA
a. Sister(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IF YES, how many have had breast cancer?	_____			
b. Brother(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IF YES, how many have had breast cancer?	_____			
c. Aunt(s).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IF YES, how many have had breast cancer?	_____			
d. Uncle(s).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IF YES, how many have had breast cancer?	_____			
e. Cousin(s).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IF YES, how many have had breast cancer?	_____			

C5. Has any woman in your family who is related to you by blood had breast cancer *at age 50 or younger*?

- No
- Yes
- I don't know

C6. Has any woman in your family who is related to you by blood had both breast AND ovarian cancer?

- No
- Yes
- I don't know

C7. Have any of your family members related to you by blood had bilateral breast cancer (breast cancer on both sides)?

- No
- Yes
- I don't know

C8. Do you have Ashkenazi Jewish heritage?

- No
- Yes
- I don't know

The next questions are about talking to a genetic counselor about your cancer risk. A genetic counselor is a trained professional who talks with you about the chances of having a health condition based on your family medical history.

C9. Have you ever talked to a genetic counselor about your risk for cancer based on your family history?

- No → **Go to end**
- Yes

C10. What was the MAIN reason you talked to a genetic counselor about your risk for cancer?

Check ONE answer

- My doctor recommended it
- I requested it
- A family member suggested it
- I heard or read about it in the news
- Other → Please tell us:

C11. Thinking about your MOST RECENT visit to a genetic counselor for cancer risk, what kind of cancer was it for?

Check ALL that apply

- Breast cancer
- Ovarian cancer
- Other → Please tell us:

Thank you for answering these questions!

Cancer Supplement_Spanish

Un historial de salud familiar es una colección de información sobre la salud de una persona y sus parientes cercanos. Las siguientes preguntas son acerca de su historial familiar de cáncer de ovario y de mama.

C1. ¿Alguno de sus parientes de sangre que se enumeran a continuación ha tenido cáncer de ovario? Para cada pariente, marque **No** si no ha tenido cáncer de ovario, **Sí** si lo ha tenido, o **No Sé** si usted no sabe.

Pariente	Han tenido cáncer de ovario		
	No	Sí	No Sé
a. Mi madre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. La madre de mi madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. La madre de mi padre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2. ¿Alguno de sus otros parientes de sangre ha tenido cáncer de ovario? Para cada pariente, marque **No** si no ha tenido cáncer de ovario, **Sí** si lo ha tenido, **No Sé** si usted no sabe, o **NA** (No Aplica) si no corresponde a usted.

Pariente	Han tenido cáncer de ovario			
	No	Sí	No Sé	NA
a. Hermana(s).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI ES QUE SÍ, ¿Cuántos han tenido cáncer de ovario?	<input style="width: 50px;" type="text"/>			
b. Tía(s).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI ES QUE SÍ, ¿Cuántos han tenido cáncer de ovario?	<input style="width: 50px;" type="text"/>			
c. Prima(s).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI ES QUE SÍ, ¿Cuántos han tenido cáncer de ovario?	<input style="width: 50px;" type="text"/>			

C3. ¿Alguno de sus parientes de sangre que se enumeran a continuación ha tenido cáncer de mama? Para cada pariente, marque **No** si no ha tenido cáncer de mama, **Sí** si lo ha tenido, o **No Sé** si usted no sabe.

Pariente	Han tenido cáncer de mama		
	No	Sí	No Sé
a. Mi madre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. La madre de mi madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. La madre de mi padre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mi padre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. El padre de mi madre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. El padre de mi padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C4. ¿Alguno de sus otros parientes de sangre ha tenido cáncer de mama? Para cada pariente, marque **No** si no ha tenido cáncer de mama, **Sí** si lo ha tenido, **No Sé** si usted no sabe, o **NA** (No Aplica) si no corresponde a usted.

Pariente	Han tenido cáncer de mama			
	No	Sí	No Sé	NA
a. Hermana(s).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI ES QUE SÍ, ¿Cuántos han tenido cáncer de mama?	<input style="width: 50px;" type="text"/>			
b. Hermano(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI ES QUE SÍ, ¿Cuántos han tenido cáncer de mama?	<input style="width: 50px;" type="text"/>			
c. Tía(s).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI ES QUE SÍ, ¿Cuántos han tenido cáncer de mama?	<input style="width: 50px;" type="text"/>			
d. Tío(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI ES QUE SÍ, ¿Cuántos han tenido cáncer de mama?	<input style="width: 50px;" type="text"/>			
e. Primo(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI ES QUE SÍ, ¿Cuántos han tenido cáncer de mama?	<input style="width: 50px;" type="text"/>			

C5. ¿Cualquier mujer en su familia con relación de sangre ha tenido cáncer de mama a *los 50 años o más joven*?

- No
- Sí
- No sé

C6. ¿Cualquier mujer en su familia con relación de sangre ha tenido cáncer de mama Y cancer de ovario?

- No
- Sí
- No sé

C7. ¿Alguno de sus parientes de sangre ha tenido cáncer de mama bilateral (cáncer de mama en ambos lados)?

- No
- Sí
- No sé

C8. ¿Tiene usted ascendencia judía asquenazí?

- No
- Sí
- No sé

Las siguientes preguntas son acerca de hablar con un consejero genético sobre su riesgo de cáncer. Un consejero genético es un profesional capacitado que habla con usted sobre la posibilidad de que contara una condición de salud en base de su historial médico familiar.

C9. ¿Alguna vez ha hablado con un consejero genético sobre su riesgo de cáncer en base a su historia familiar?

- No → **Pase al final**
- Sí

C10. ¿Cuál fue la razón PRINCIPAL por la cual habló con consejero genético sobre su riesgo de cáncer?

Marque UNA respuesta

- Me la recomendó mi doctor
- Yo la pedí
- Me lo sugirió un familiar
- Escuché o leí sobre eso en las noticias
- Otra → Por favor, escríbala:

C11. Pensando en la sesión de consejería genética MÁS RECIENTE que tuvo por el riesgo de cáncer, ¿con qué tipo de cáncer fue relacionada?

Marque TODAS las que corresponden

- Cáncer de mama
- Cáncer de ovario
- Otro → Por favor, escríbalo:

¡Gracias por responder a estas preguntas!