



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

EVALUACIÓN DEL CÁNCER

Display name- 3 Meses: Evaluación del Cáncer

Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus antecedentes de cáncer.

1. ¿Alguna vez ha tenido cáncer o un tumor? ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
- a. ¿Tiene antecedentes de cáncer de esófago? ☐ No ☐ Sí, maligno ☐ Quizá, posible cáncer ☐ Benigno ☐ Desconocido
- i. En caso afirmativo, cuándo: Fecha: _____
- b. ¿Tiene antecedentes de cáncer de estómago? ☐ No ☐ Sí, maligno ☐ Quizá, posible cáncer ☐ Benigno ☐ Desconocido
- i. En caso afirmativo, cuándo: Fecha: _____
- c. ¿Tiene antecedentes de cáncer de colon? ☐ No ☐ Sí, maligno ☐ Quizá, posible cáncer ☐ Benigno ☐ Desconocido
- i. En caso afirmativo, cuándo: Fecha: _____
- d. ¿Tiene antecedentes de cáncer de recto? ☐ No ☐ Sí, maligno ☐ Quizá, posible cáncer ☐ Benigno ☐ Desconocido
- i. En caso afirmativo, cuándo: Fecha: _____
- e. ¿Tiene antecedentes de cáncer de páncreas? ☐ No ☐ Sí, maligno ☐ Quizá, posible cáncer ☐ Benigno ☐ Desconocido
- i. En caso afirmativo, cuándo: Fecha: _____
- f. ¿Tiene antecedentes de cáncer de laringe? ☐ No ☐ Sí, maligno ☐ Quizá, posible cáncer ☐ Benigno ☐ Desconocido
- i. En caso afirmativo, cuándo: Fecha: _____
- g. ¿Tiene antecedentes de cáncer de tráquea, bronquios o pulmón? ☐ No ☐ Sí, maligno ☐ Quizá, posible cáncer ☐ Benigno ☐ Desconocido
- i. En caso afirmativo, cuándo: Fecha: _____
- h. ¿Tiene antecedentes de leucemia? ☐ No ☐ Sí, maligno ☐ Quizá, posible cáncer ☐ Benigno ☐ Desconocido
- i. En caso afirmativo, cuándo: Fecha: _____
- i. ¿Tiene antecedentes de cáncer de piel? ☐ No ☐ Sí, maligno ☐ Quizá, posible cáncer ☐ Benigno ☐



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

EVALUACIÓN DEL CÁNCER

Display name- 3 Meses: Evaluación del Cáncer

Desconocido

i. En caso afirmativo, cuándo: Fecha: _____

j. ¿Tiene antecedentes de cáncer de mama? ☐ No ☐ Sí, maligno ☐ Quizá, posible cáncer ☐ Benigno ☐ Desconocido

i. En caso afirmativo, cuándo: Fecha: _____

k. ¿Tiene antecedentes de cáncer de cuello uterino o útero? ☐ No ☐ Sí, maligno ☐ Quizá, posible cáncer ☐ Benigno ☐ Desconocido

i. En caso afirmativo, cuándo: Fecha: _____

l. ¿Tiene antecedentes de cáncer de ovario? ☐ No ☐ Sí, maligno ☐ Quizá, posible cáncer ☐ Benigno ☐ Desconocido

i. En caso afirmativo, cuándo: Fecha: _____

m. ¿Tiene antecedentes de cáncer de próstata? ☐ No ☐ Sí, maligno ☐ Quizá, posible cáncer ☐ Benigno ☐ Desconocido

i. En caso afirmativo, cuándo: Fecha: _____

n. ¿Tiene antecedentes de cáncer de vejiga? ☐ No ☐ Sí, maligno ☐ Quizá, posible cáncer ☐ Benigno ☐ Desconocido

i. En caso afirmativo, cuándo: Fecha: _____

o. ¿Tiene antecedentes de cáncer de riñón? ☐ No ☐ Sí, maligno ☐ Quizá, posible cáncer ☐ Benigno ☐ Desconocido

i. En caso afirmativo, cuándo: Fecha: _____

p. ¿Tiene antecedentes de cáncer cerebral? ☐ No ☐ Sí, maligno ☐ Quizá, posible cáncer ☐ Benigno ☐ Desconocido

i. En caso afirmativo, cuándo: Fecha: _____

q. ¿Tiene antecedentes de linfoma? ☐ No ☐ Sí, maligno ☐ Quizá, posible cáncer ☐ Benigno ☐ Desconocido

i. En caso afirmativo, cuándo: Fecha: _____

r. ¿Tiene antecedentes de algún otro tipo de cáncer? ☐ No ☐ Sí, maligno ☐ Quizá, posible cáncer ☐



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

EVALUACIÓN DEL CÁNCER

Display name- 3 Meses: Evaluación del Cáncer

Benigno ☐ Desconocido

i. Si respondió Sí, especifique el tipo de cáncer: (Especifique el sitio o el tipo): _____

ii. En caso afirmativo, cuándo: Fecha: _____

¡Gracias por completar este cuestionario!

For Research Coordinator use only: CRF was: ☐ Self-administered ☐ Interviewer-administered