

**Secuenciación Genética Avanzada en el Tratamiento del Cáncer Infantil – Baylor College of
Medicine (Estudio BASIC³)
Cuestionario**

Este cuestionario forma parte de un estudio realizado en Texas Children's Hospital/Baylor College of Medicine y está diseñado para entender cómo es que la introducción de nuevos tipos de pruebas genéticas nos ayudará a entender la base genética del desarrollo del cáncer infantil.

Este cuestionario contiene muchas preguntas sobre la salud de su hijo.

Toda la información que usted proporcione será estrictamente confidencial.

Proporcione la siguiente información acerca de su hijo que participa en este estudio.

Nombre del niño: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre (Apellido de soltera)

Domicilio actual: _____
Calle

Ciudad Estado/Provincia País Código Postal

Lugar de nacimiento: _____
Ciudad/País Estado/Provincia País

Su nombre: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre (Apellido de soltera)

Número telefónico del padre/madre: (particular) _____
Código de área

(trabajo) _____
Código de área

(celular) _____
Código de área

Dirección preferida de correo electrónico: _____

Debido a que estamos recibiendo apoyo federal para esta investigación y a que estamos solicitando mayor apoyo federal, necesitamos conocer la raza y el origen étnico de su hijo. A fin de recopilar estos datos, le pedimos que nos proporcione la siguiente información.

Conteste **AMBAS** secciones, la Sección 1 y la Sección 2:

SECCIÓN 1

¿Usted considera que su hijo es hispano, latino o de origen español (cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano, centroamericano o de otra cultura u origen español, sin importar su raza)?

- Hispano, latino o de origen español.
- No hispano, latino ni de origen español.

SECCIÓN 2

¿De qué raza considera que es su hijo? Seleccione **una o más** de las siguientes opciones:

- India americana o nativa de Alaska* – Una persona con sus orígenes en cualquiera de las poblaciones originales de Norte, Centro o Sudamérica y que conserva afiliaciones tribales o contacto con su comunidad.
- Asiática* – Una persona con sus orígenes en cualquiera de las poblaciones originales del Lejano Oriente, el Sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas de Filipinas, Tailandia y Vietnam. (Nota: En estrategias previas de recolección de datos, las personas de las islas de Filipinas han sido registradas como de las islas del Pacífico).
- Negra o afroamericana* – Una persona con sus orígenes en cualquiera de los grupos de raza negra de África.
- Nativa de Hawai o de otra isla del Pacífico* – Una persona con sus orígenes en cualquiera de las poblaciones originales de Hawaii, Guam, Samoa u otra isla del Pacífico.
- Blanca* – Una persona con sus orígenes en cualquiera de las poblaciones originales de Europa, Medio Oriente o África del Norte.
- Marque esta casilla si usted no desea proporcionar parte de la información anterior o ninguna de ella.

También es útil saber si su hijo pertenece a un grupo étnico específico (por ejemplo, amish, asquenazí o judío sefardita).

No No sabe

Sí. Especifique: _____

Escriba todos los problemas médicos de su hijo aparte del tumor recientemente diagnosticado:

Enfermedad

Fecha de diagnóstico

Escriba todas las hospitalizaciones de su hijo previas al diagnóstico reciente del tumor y el motivo de las mismas:

Fecha de la hospitalización

Motivo

Escriba todas las cirugías de su hijo previas al diagnóstico reciente del tumor y el motivo de las mismas:

Fecha de la cirugía

Motivo

La siguiente sección es acerca de padecimientos que son muy poco comunes, muchos de los cuales se diagnostican al nacer. Indique si un médico u otro profesional de la salud alguna vez le han diagnosticado a su hijo alguno de los siguientes padecimientos:

Año del diagnóstico

Del cerebro o el sistema nervioso, tales como:

Hidrocefalia (agua en el cerebro)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Mielomeningocele (espina bífida)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Problema psiquiátrico _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Apoplejía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

De la cara o la cabeza, tales como:

Labio leporino	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Hendidura del paladar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Los dos anteriores	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Microcefalia (cabeza pequeña)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

De los ojos, tales como:

Aniridia (ausencia de la parte de color en el ojo)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Heterocromía (ojos de diferente color)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Cataratas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Telangiectasia conjuntiva	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

Del sistema endocrino, tales como:

Trastorno hipofisario _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Diabetes				
Tipo 1 (aparición en la juventud)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Tipo 2 (aparición en la edad adulta)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Trastorno suprarrenal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

Del corazón o el aparato circulatorio, tales como:

Comunicación interventricular/interauricular (abertura en el corazón)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Válvulas anormales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Trasposición (arterias cruzadas)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Hipertensión (presión arterial alta)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Trombosis (coágulo en un vaso)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Hemorragia - ubicación _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Anomalía arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Hemangioma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

Año del diagnóstico

De los músculos o los huesos, tales como:

- | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------|
| Dedos supernumerarios (manos) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Dedos faltantes (manos) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Dedos supernumerarios (pies) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Dedos faltantes (pies) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Deformidad en una extremidad | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Pie zambo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Hemihipertrofia
(un lado del cuerpo es más grande que el otro) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Baja estatura | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Anormalidades en los huesos observadas
en una radiografía | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Otro _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |

De la piel, tales como:

- | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------|
| Manchas de color café con leche | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Pezones supernumerarios | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Pecas axilares (pecas debajo de las axilas) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Lunar - Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Sarpullido | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Ampollas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Sensibilidad a la luz del sol | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Eccema | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Otro _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |

Del aparato urinario, tales como:

- | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------|
| Poliquistosis renal | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Agenesia renal | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Riñón supernumerario | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Obstrucción del riñón | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Obstrucción de la vejiga | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Otro _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |

Del aparato digestivo, tales como:

- | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------|
| Estenosis pilórica
(obstrucción del orificio gástrico) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Fístula traqueoesofágica
(conexión entre la tráquea y el esófago) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Insuficiencia pancreática | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Cálculos biliares | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
| Otro _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |

Del aparato reproductor, tales como:

- | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------|
| Hipospadias (abertura anormal en la uretra) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | _____ |
|---|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------|

Criptorquidia (testículos no descendidos)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Malformación o ausencia de los ovarios	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Malformación o ausencia del útero	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

Año del diagnóstico

Abortos espontáneos o mortinatos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

Síndromes hereditarios, tales como:

Síndrome de Rothmund-Thomson	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Anemia de Fanconi	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Beckwith-Wiedemann	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Cowden	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Gardner				
(Poliposis múltiple del colon)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Peutz-Jegher	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Neurofibromatosis (síndrome de von Recklinghausen)				
Tipo I	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Tipo II	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de carcinoma basocelular nevoide	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Sturge-Weber	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Esclerosis tuberosa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Turcot	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
NEM I (síndrome de Werner)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
NEM II (síndrome de Sipple)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Von Hippel-Lindau	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Xerodermia pigmentosa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Bloom	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Werner	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Ataxia-telangiectasia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Gorlin	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

Anormalidades cromosómicas, tales como:

Trisomía 21 (síndrome de Down)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Trisomía 12 (síndrome de Patau)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Trisomía 18 (síndrome de Edwards)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Klinefelter (XXY)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Turner (XO)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

¿Algún médico u otro profesional de la salud alguna vez le diagnosticó a su hijo cáncer u otro tumor antes de este diagnóstico más reciente?

Sí No

- Si su respuesta es negativa, ignore esta sección y continúe con el cuestionario de antecedentes familiares.
- Si su respuesta es afirmativa, responda las siguientes preguntas:

Tipo de cáncer _____

Fecha del diagnóstico _____

Tipo de tratamiento (proporcione la mayor información que tenga):

Cirugía

Tipo de cirugía _____

Fecha de la cirugía _____

Lugar de la cirugía _____

Nombre del cirujano _____

Quimioterapia

Duración del tratamiento _____

Nombres de las medicinas de quimioterapia

Lugar del tratamiento _____

Nombre del médico responsable _____

Radioterapia

Duración de la radioterapia _____

Cantidad total de radiación (si se conoce) _____ cGy

Lugar del tratamiento _____

Nombre del oncólogo radioterapeuta _____

Gracias por tomarse el tiempo para contestar este cuestionario.