

**Solo para uso de Labcorp.**  
Coloque el adhesivo de ingreso aquí.

# Questionario clínico sobre el cáncer hereditario

Para preguntas sobre autorizaciones previas, llame al **866-248-1265** / Fax **855-711-5699** / Para preguntas sobre exámenes, llame al **800-345-4363**.

Nombre y cargo de la persona que completa este formulario \_\_\_\_\_

## Información sobre el examen (este no es un pedido para realizar un examen)

**Nota:** En el caso de las personas que reciben Medicare, la muestra debe estar acompañada por una Notificación previa al beneficiario de no cobertura (Advance Beneficiary Notice of Noncoverage, ABN) si no se proporciona un código ICD-10 que respalde la necesidad médica.

Código(s) de diagnóstico ICD-10 **obligatorio(s)** \_\_\_\_\_

Opciones de exámenes de BRCAAssure®	N.º de examen
<input type="radio"/> Análisis completo de <i>BRCA1/2</i>	<b>485030</b>
<input type="radio"/> Perfil judío asquenazí de <i>BRCA1/2</i>	<b>485097</b>
<input type="radio"/> Análisis específico de <i>BRCA1*</i>	<b>485066</b>
<input type="radio"/> Análisis específico de <i>BRCA2*</i>	<b>485081</b>

\*Es necesaria una copia del informe de laboratorio que documenta la variante del familiar que obtuvo el resultado positivo.

**Opciones de exámenes de VistaSeq®	N.º de examen
<input type="radio"/> Cáncer hereditario: 27 genes	<b>481220</b>
<input type="radio"/> Cáncer hereditario sin <i>BRCA</i> : 25 genes	<b>481240</b>
<input type="radio"/> Mama: 19 genes	<b>481319</b>
<input type="radio"/> Mama de riesgo alto/moderado: 9 genes	<b>481452</b>
<input type="radio"/> Mama y ginecología: 25 genes	<b>481341</b>
<input type="radio"/> Ginecología: 11 genes	<b>481330</b>
<input type="radio"/> Síndrome de Lynch: 5 genes	<b>483543</b>
<input type="radio"/> <i>MLH1</i> : un gen	<b>483496</b>
<input type="radio"/> <i>MSH2</i> : un gen	<b>483508</b>
<input type="radio"/> <i>MSH6</i> : un gen	<b>483520</b>
<input type="radio"/> <i>PMS2</i> : un gen	<b>483532</b>

**Opciones de exámenes de VistaSeq®	N.º de examen
<input type="radio"/> Colorectal de alto riesgo: 7 genes	<b>481352</b>
<input type="radio"/> Colorrectal: 22 genes	<b>481363</b>
<input type="radio"/> <i>APC</i> : un gen	<b>483484</b>
<input type="radio"/> Próstata: 10 genes	<b>483555</b>
<input type="radio"/> Pancreático: 14 genes	<b>481385</b>
<input type="radio"/> Endocrino: 13 genes	<b>481374</b>
<input type="radio"/> <i>MEN1</i> : un gen	<b>483460</b>
<input type="radio"/> <i>RET</i> : un gen	<b>483472</b>
<input type="radio"/> Renal: 19 Genes	<b>481407</b>
<input type="radio"/> Cerebro/SNC/SNP: 17 genes	<b>481386</b>
<input type="radio"/> Otro _____	

## Características demográficas del paciente

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ / Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / Sexo:  Masculino  Femenino

N.º de teléfono del paciente \_\_\_\_\_ / Correo electrónico del paciente \_\_\_\_\_

## Antecedentes del paciente

**Seleccione al menos una opción**  Asesoramiento genético realizado por un asesor genético certificado o genetista clínico. Si está marcado, adjunte el informe de asesoramiento genético.  
 Asesoramiento previo al examen realizado por el proveedor solicitante o la persona designada de acuerdo con las políticas del plan de salud.

### Seleccione todas las opciones que correspondan:

- El paciente se hizo un análisis de cáncer hereditario anteriormente; si se marca esta opción, adjunte el informe
- Antecedentes de trasplante de médula ósea/células madre /  Antecedentes de transfusión de sangre, fecha de la última transfusión \_\_\_\_\_
- Sin antecedentes personales de cáncer
- Cáncer de mama o carcinoma ductal in situ (Ductal Carcinoma In Situ, DCIS); edad en el momento del diagnóstico \_\_\_\_\_ (Marque todas las opciones que correspondan)
  - Bilateral  Premenopáusicas
  - Triple negativo (receptores de estrógeno negativos [Negative Estrogen Receptor, ER-], receptores de progesterona negativos [Negative Progesterone Receptor, PR-], receptores 2 de factor de crecimiento epidérmico humano negativos [Negative Human Epidermal Growth Factor Receptor 2, HER2-])
- Cáncer de ovario, edad en el momento del diagnóstico \_\_\_\_\_
- Cáncer de endometrio, edad en el momento del diagnóstico \_\_\_\_\_
- Cáncer renal, edad en el momento del diagnóstico \_\_\_\_\_
- Cáncer colorrectal, edad en el momento del diagnóstico \_\_\_\_\_
- Resultado del análisis de inestabilidad de microsatélites (Microsatellite Instability, MSI):  Alto  Bajo  Estable Resultados de inmunohistoquímica (IHC): Si está presente, especificar los resultados \_\_\_\_\_
- Antecedentes de pólipos en el colon, edad en el momento del diagnóstico \_\_\_\_\_, cantidad \_\_\_\_\_
- Cáncer de páncreas, edad en el momento del diagnóstico \_\_\_\_\_
- Cáncer de próstata, edad en el momento del diagnóstico \_\_\_\_\_, puntuación de Gleason,  Metastásico
- Otro cáncer \_\_\_\_\_, edad en el momento del diagnóstico \_\_\_\_\_

## Antecedentes familiares (adjunte páginas adicionales si es necesario)

¿Antecedentes judíos asquenazíes?  No  Sí /  ¿Hay antecedentes familiares limitados o desconocidos? Explicar (p. ej., adoptado) \_\_\_\_\_

Familiar*	Por parte materna/paterna	Tipo de cáncer	¿El familiar se encuentra disponible para que se le realice el análisis? Si la respuesta es no, indique el motivo.	Edad en el momento del diagnóstico	¿Tiene mutaciones conocidas? Si la respuesta es sí, adjunte el informe de laboratorio.
	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

### Asesoramiento genético: el proveedor solicitante entiende firmando a continuación:

Si el plan de salud requiere el asesoramiento genético por parte de un asesor genético certificado antes de los análisis de laboratorio, pero no ha ocurrido como se indica en la sección anterior Antecedentes del paciente, entiendo que el laboratorio puede hacer una derivación a un asesor genético certificado requerido o autorizado por el plan de salud como ADN informado y genética integrada. **Dicha derivación está exclusivamente relacionada con los análisis de laboratorio y no me exime de ninguna obligación de solicitar autorización para mis servicios.**

N.º de cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

NPI (Identificación nacional de proveedores): \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_ N.º de fax: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Al firmar a continuación, el paciente comprende lo siguiente:

Es posible que Labcorp utilice la información incluida en este formulario y otra información que yo mismo haya proporcionado o que haya proporcionado el proveedor solicitante o la persona designada por este para iniciar el proceso de autorización previa de mi plan de salud, según sea necesario. Comprendo que el hecho de que mi plan de salud proporcione la autorización previa no implica que este cubrirá el total de los gastos. Labcorp intentará comunicarse conmigo si el costo estimado a mi cargo supera los \$300. Si Labcorp no puede comunicarse conmigo, los exámenes pueden cancelarse. Independientemente del costo estimado, el costo real a mi cargo puede ser más alto o más bajo que el costo estimado proporcionado. Es mi responsabilidad comunicarme con mi plan de salud en relación con asuntos de mi cobertura y beneficios.

Si se marca esta opción, en caso de que no puedan comunicarse conmigo, Labcorp puede dejar un mensaje de correo de voz confidencial al número de teléfono indicado en este formulario.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ / Fecha \_\_\_\_\_

\*Los parentescos a tener en cuenta incluyen a padres, hermanos, hijos (1.º grado); medios hermanos, tíos, abuelos, nietos, sobrinos (2.º grado); primos hermanos, tíos abuelos, bisnietos, bisabuelos (3.º grado).

\*\*Visite [www.labcorp.com](http://www.labcorp.com) para obtener información detallada sobre los genes incluidos en cada panel.

