

DATE

Estimado miembro de la familia,

Esta carta es para informarle que un miembro de su familia, [Proband Name], ha dado positivo por una mutación del gen [gene name], [enter specific mutation]. La prueba se realizó en [Genetic Testing Laboratory Name] (número de acceso: [Requisition/Accession Number]). Este gen está asociado con [syndrome name OR mayores riesgos de cáncer].

Le recomendamos que lleve esta carta y una copia de los resultados de su familiar a un asesor genético o proveedor médico para analizar las opciones de pruebas genéticas y lo que esto significa para usted y su familia.

### [Implications of Positive Results-See Gene-Specific Family Letter Templates]

La detección temprana y la prevención son importantes.

### Inheritance-Select one

- **Autosomal Dominant Condition:** [Dependiendo de la estructura de su familia, puede tener un 50% de probabilidades de haber heredado esta mutación genética. Esta mutación puede transmitirse tanto a hombres como a mujeres. Tanto los hombres como las mujeres tienen riesgo de cáncer si heredan la mutación, y ambos pueden transmitir la mutación a sus hijos e hijas.]
- **Autosomal Recessive Condition:** [El riesgo de cáncer asociado con este gen es más alto para las personas que heredan una mutación genética de ambos padres. Debido a que una mutación en este gen ya ha sido identificada en su familia, puede estar en mayor riesgo. Estas mutaciones pueden transmitirse tanto a hombres como a mujeres. Tanto los hombres como las mujeres tienen riesgos de cáncer si heredan las mutaciones, y ambos pueden transmitir las mutaciones a sus hijos e hijas.]

### Testing Costs Coverage-Select one:

- **General:** [La mayoría de las compañías de seguros cubren el costo de las pruebas genéticas, y la asistencia financiera puede estar disponible para pacientes sin seguro. Las opciones de pago por cuenta propia también están disponibles. **Es necesario proporcionar una copia del informe de sus familiares.**]
- **Laboratory Family Testing Program:** [[Genetic Testing Laboratory Name] puede cubrir las pruebas para esta mutación si las pruebas se ordenan dentro de los [number of days] días posteriores a la fecha del informe de su familiar. Es necesario proporcionar una copia del informe de sus familiares.]

En el área de [Geographic location of practice providing Genetics services], puedes contactarnos al [Provider telephone/fax number] o por correo electrónico a [Provider e-mail]. Además, puede encontrar un asesor genético en otras áreas del país visitando: <http://www.FindAGeneticCounselor.com>.

Sinceramente,

[Genetic Counselor Name]

Consejero Genético Certificado

[Practice/Institution Name]

*Privacy Notice: La información proporcionada en esta carta se basa en la literatura médica actual sobre genética del cáncer. Alentamos a nuestros pacientes a mantenerse en contacto con nuestra oficina ya que el campo de la genética del cáncer está cambiando continuamente y la tecnología de pruebas genéticas moleculares está mejorando. Si hay algún cambio en el historial familiar de cáncer del paciente, vuelva a contactar a nuestra oficina. La información relacionada con los miembros de la familia del paciente u otros terceros puede mantenerse en un archivo separado y excluirse de una divulgación general de información. Debido a la naturaleza sensible y confidencial de este tipo de información genética, puede estar protegida de la divulgación de acuerdo con las leyes federales o estatales de privacidad.*