

Información del paciente

Nombre y Apellidos completos

Fecha de nacimiento

Sexo

Peso (Kg / Wt)

Altura (M / Ht)

Antecedentes médicos familiares y personales

1. ¿Ha tenido la condición médica relación con exposición al sol, sustancias tóxicas, plomo, asbestos o radiaciones? ☐ SÍ ☐ NO

Por favor explicar si la respuesta fue contestada de manera afirmativa:

2. ¿Conoce de algún antecedente en la familia de su paciente por el que consideró que este cáncer podría tratarse de una condición hereditaria y/o genética? ☐ SÍ ☐ NO

3. ¿Se han realizado y/o recomendado estudios de pruebas genéticas para cáncer colorrectal, de mama, de ovarios, de páncreas, de estómago, de cuello de útero, de piel, de tiroides o síndromes de neoplasia endocrina múltiple I, II y III? ☐ SÍ ☐ NO

Por favor explicar si la respuesta fue contestada de manera afirmativa, con detalles de los exámenes y resultados:

4. ¿Ha sido diagnosticado el paciente con otro tipo de cáncer o lesión tumoral? ☐ SÍ ☐ NO

Por favor explicar si la respuesta fue contestada de manera afirmativa:

Información médica de importancia

Fecha desde que conoce y trata al paciente:

Fecha del diagnóstico:

Por favor especifique a continuación el tipo de cáncer, órgano afectado o tejido:

Especifique el grado o estadio del tumor/cáncer incluyendo tamaño, invasión a ganglios linfáticos y metástasis (TNM) y adjunte una copia del resultado de anatomía patológica o la biopsia de la lesión junto a este cuestionario:

Describa las fechas y tipos de tratamientos recibidos: cirugía, quimioterapia (es importante que incluya nombres de los medicamentos), radioterapia (número de sesiones), trasplantes (órgano, médula ósea o de células madre), terapia hormonal, terapia inmunológica y/o medicina alternativa.

TRATAMIENTO 1

Fecha

Información médica de importancia

TRATAMIENTO 2

Fecha

TRATAMIENTO 3

Fecha

TRATAMIENTO 4

Fecha

TRATAMIENTO 5

Fecha

En su opinión, ¿cómo ha sido la evolución médica en su paciente? Incluya el pronóstico, recurrencias y tiempo de remisión:

Otras condiciones médicas presentes

Recibe su paciente tratamiento por otras condiciones médicas como: obesidad, hipertensión arterial, diabetes, enfermedades respiratorias, cardiovasculares neurológicas, trastornos del sueño, enfermedades endocrinas, metabólicas, renales, hepáticas, así como otras enfermedades que considere de importancia para mencionar en este cuestionario incluyendo su diagnóstico?

SÍ NO

Por favor explicar si la respuesta fue contestada de manera afirmativa:

¿Ha indicado algún examen de laboratorio o de imágenes en los últimos 12 meses?

Por favor adjunte una copia de los resultados y consideraciones médicas junto a este cuestionario.

Información del médico tratante

Nombre y Apellidos completos

Dirección

Teléfono

Fax

Correo Electrónico

Fecha

Firma



LOYAL