

Información General del Paciente			
Nombre completo:		Fecha de Nacimiento (mm/dd/año):	
Teléfono:		Email:	
Plan Médico:		Nombre del asegurado principal:	
Numero de Contrato:			
Proveedores de Salud			
Médico Primario:		Teléfono:	
Cirujano:		Teléfono:	
Oncólogo Médico:		Teléfono:	
Oncólogo de Radiación:		Teléfono:	
Otros Proveedores:		Teléfono:	
Diagnóstico			
Tipo de Cáncer/Localización/Tipo Histológico:		Fecha de Diagnóstico:	
Tamaño del Tumor:		Nódulos Linfáticos Positivos: Sí/No	
Metástasis: Sí/No ¿A qué órgano (os)?:			
Etapa: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Desconocido			
Otra información:			
Tratamiento			
Cirugía: Sí/No	Fecha de la Cirugía:	Procedimiento/Localización:	
Radiación: Sí/No	Área del cuerpo tratada:	Cantidad de tratamientos:	Cantidad de semanas:
<b>Terapia sistemática (quimioterapia, terapia hormonal, otros): Sí/No</b>			
La terapia se administra antes de la cirugía o radiación (neoadyuvante): Sí/No			
Régimen y agentes usados:		Cantidad de ciclos y frecuencia:	
La terapia se administra después de la cirugía o radiación (adyuvante): Sí/No			
Régimen y agentes usados:		Cantidad de ciclos y frecuencia:	
Otras condiciones de salud y/o alergias:			