

## Sección I. Datos del paciente

1. Apellidos:		2. Nombres:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
3. Fecha de nacimiento:	4. Sexo:	5. Estatura:	6. Peso:
<input type="text"/> M <input type="text"/> M / <input type="text"/> D <input type="text"/> D / <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A	<input type="text"/> Masculino <input type="text"/> Femenino	<input type="text"/> Metros <input type="text"/> Pies	<input type="text"/> Kilos <input type="text"/> Libras
7. ¿Fumador?:	8. Cigarrillos por día:	9. ¿Desde cuándo?:	10. ¿Hasta cuándo?:
<input type="text"/> Sí <input type="text"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A	<input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A
11. Estilo de vida:			
<input type="text"/> Sedentario <input type="text"/> Semiactivo <input type="text"/> Activo			

## Sección II. 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 y brindar detalles de los exámenes y sus 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:

## Sección III. Información médica de importancia

1. Fecha desde que conoce y trata al paciente:  M  M /  A  A  A  A

2. Fecha del diagnóstico:  M  M /  D  D /  A  A  A  A

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

3. 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:

4. 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 madres), terapia hormonal, terapia inmunológica y/o medicina alternativa.

TRATAMIENTO I

M  M /  D  D /  A  A  A  A

