

PARA SER COMPLE	TADO POR EL	. MÉDICO PERSO1	NAL O MÉDICO	OTRATAN	ITE					ı de	
Sección I. Dat e	os del pacie	ente									
I. Apellidos:	•				2. Nombres	:					
3. Fecha de nacimien	ito:	4. Sexo:			5. Estatura:			6. Peso:			
M M / D D / A	AAA	Masculino	Feme	nino		Metros	Pies		Kilos	Libras	
7. ¿Fumador?:	8. Cigarrillos p	oor día: 9. ¿[Desde cuándo?:	10. ¿Ha	sta cuándo?:	I I. Estilo de vi	da:				
Sí No		F	AAAA	A.	AAA	Sedenta	rio	Semiactivo	Activo		
Sección II. Ant	ecedente	es médicos fa	miliares y pe	ersonale	es						
I. ¿Ha tenido la cond	dición médica re	lación con exposici	ón al sol, sustanc	ias tóxicas	s, plomo, asbes	tos 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										No	
condición heredita	aria y/o genetica	1.									
3. ¿Se han realizado y de cuello de útero		•				mama, de ovario	s, de páncr	eas, de estómago,	Sí	No	
Por favor explicar si I						xámenes v sus re	sultados:				
To lavor expired of	a respuesta rue	contestada de mai	iera amiriadiva y	ormaar ac	cuites de 103 e	Admenes y sus re	Juitados.				
4. ¡Ha sido diagnostio	rado el paciente	con otro tipo de o	ráncer o lesión ti	ımoral?					Sí	No	
Por favor explicar si I		•		arriorai.					31	140	
. or lavor expired or .	a respuesta rue	comestada do ma									
Sección III. Inf e	ormación	ı médica de in	nportancia								
1. Fecha desde que o	conoce y trata a	l paciente:	/ A A A	A							
2. Fecha del diagnóst		D D / A A A									
Por favor especifique	e a continuación	el tipo de cáncer, d	organo afectado (o tejido:							
3. Especifique el grad				nvasión a g	ganglios linfátic	os y metástasis (1	TNM) y adj	unte una copia del r	resultado de a	anatomía	
patológica o la bio	psia de la lesion	junto a este cuesti	onario:								
4. Describa las fecha	s v tipos de tra	tamientos recibidos	s cirugía quimiot	terania (es	importante d	iue incluva nomb	res de los	medicamentos) rad	lioterania (nú	mero de	
sesiones), trasplant									ioto apia (ilu	mero de	
TRATAMIENTO I											
M M / D D / A	AAAA										



2 de 2

Sección III. Información médica de	importancia			(continuac	tión)
TRATAMIENTO 2					
M M I D D I A A A A					
TRATAMIENTO 3					
MMJDDJAAAA					
TRATAMIENTO 4					
MMJDDJAAAA					
TRATAMIENTO 5					
MMIDDIAAAA					
5. En su opinión, ¿cómo ha sido la evolución médica	en su paciente? Incluya el pronó	stico, recurrencias y tiemp	o de remisión:		
Sección IV. Otras condiciones me	édicas presentes				
I. ¿Recibe su paciente tratamiento por otras condi cardiovasculares, neurológicas, trastornos del sueñ considere de importancia para mencionar en este	o, enfermedades endocrinas, met	abólicas, renales, hepáticas,			No
Por favor explicar si la respuesta fue contestada de r	nanera afirmativa:				
2. ¿Ha indicado algún examen de laboratorio o de ir Por favor adjunte una copia de los resultados y co				Sí	No
Sección V. Información del médico	tratante				
I.Apellidos:		2. Nombres:			
3. Dirección:		4. Correo electrónico:			
	5. Teléfono de la oficina:				
	+		+		
	7. Firma y sello del profesional	l:	8. Fecha:		
			M M / D	D / A A	AA

VIP Universal Medical Insurance Group, Ltd. Compañía de seguros registrada en Turks & Caicos Islands, Territorio Británico de Ultramar

Servicios de administración ofrecidos por VIP Universal Medical Insurance Group, LLC, compañía registrada en Dallas, Texas, EE. UU.