



## Cía. Internacional de Seguros, S.A. Cuestionario Linfoma de Hodgkin / Linfoma No-Hodgkin

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS  
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

Apellidos: _____	Nombre del médico: _____
Nombre: _____	Dirección del médico: _____
Fecha de nacimiento : _____	Teléfono del médico: _____

La información detallada en este documento será tratada confidencialmente y bajo secreto profesional.  
Rogamos contestar todas las preguntas y facilitar toda la información solicitada.

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Presión arterial: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Tratada  No Tratada

Fecha: \_\_\_\_\_

	No	Sí	Detalles	Fecha(s)
<b>ENFERMEDAD DE HODGKIN</b>				
Clasificación conocida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- confirmado por scanner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etapa:	
			<input type="checkbox"/> I A <input type="checkbox"/> II A <input type="checkbox"/> III A	
			<input type="checkbox"/> I B <input type="checkbox"/> II B <input type="checkbox"/> III B	
			<input type="checkbox"/> IV	
<b>LINFOMA NO HODGKIN</b>				
- Bajo grado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> etapa 1 <input type="checkbox"/> etapa 2 <input type="checkbox"/> etapa 3 <input type="checkbox"/> etapa 4	
- Grado intermedio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> etapa 1 <input type="checkbox"/> etapa 2 <input type="checkbox"/> etapa 3 <input type="checkbox"/> etapa 4	
- Alto grado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> etapa 1 <input type="checkbox"/> etapa 2 <input type="checkbox"/> etapa 3 <input type="checkbox"/> etapa 4	
<b>Remisión</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		desde _____
<b>Recidivas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número _____	_____
<b>Tratamiento :</b>				
- cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	_____
			resultado _____	_____
- radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	localización _____	_____
			<input type="checkbox"/> interrumpido	desde _____
- quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	protocolo _____	_____
			<input type="checkbox"/> interrumpido	desde _____
			<input type="checkbox"/> reinducciones necesarias	
- trasplante de médula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> tipo alogénico	Fecha _____
			<input type="checkbox"/> tipo autólogo	Fecha _____
			<input type="checkbox"/> Resultado	Fecha _____



**Cía. Internacional de Seguros, S.A.**  
**Cuestionario Linfoma de Hodgkin / Linfoma No-Hodgkin**

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS  
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

	No	Sí	Detalles		Fecha(s)
- otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál?	_____	_____
			resultado	_____	_____
<b>Ultimos exámenes realizados :</b>					
- scanner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal*	_____
- radiografía de tórax*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal*	_____
- recuento de linfocitos*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	número	_____	_____
- recuento de trombocitos (plaquetas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	número	_____	_____
- esplenectomía*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál?	_____	_____
			resultado	_____	_____
Ausencias del trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	duración	_____	_____
			reincorporación al trabajo	_____	_____

**\*IMPORTANTE:** se ruega proporcionar cualquier examen realizado, con resultados anormales, así como radiografía del tórax y biometría hemática (hemograma) de los últimos 3 meses.

FECHA:

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE: