



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>En la fecha del diagnóstico</b>				
¿Qué órgano o sistema de órganos estaban afectados?			_____	_____
Tumor benigno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si respuesta afirmativa, continuar contestando el cuestionario a partir de "Tratamiento"	
Invasión local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Metástasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- ganglionares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> regionales <input type="checkbox"/> distantes	
- órganos distantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Clasificación TNM, FIGO, AJCC			_____	
Grado histológico			_____	
Análisis de marcadores tumorales (séricos o intratumorales)			_____	
			_____	
<b>Tratamiento</b>				
Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	finalidad cirugía: <input type="checkbox"/> diagnóstica, <input type="checkbox"/> curativa <input type="checkbox"/> paliativa	_____ _____
			resultado: _____	
Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> preoperativa, <input type="checkbox"/> curativa, <input type="checkbox"/> paliativa, <input type="checkbox"/> interrumpida, <input type="checkbox"/> completada	_____ _____ _____
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	protocolo _____ número de ciclos <input type="checkbox"/> interrumpida <input type="checkbox"/> completada	_____ _____
Terapia hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	protocolo _____ <input type="checkbox"/> preoperativa, <input type="checkbox"/> curativa, <input type="checkbox"/> paliativa, <input type="checkbox"/> completada	_____ _____ _____



	No	Sí	Detalles	Fecha(s)
Trasplante de médula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alogénico <input type="checkbox"/> autólogo <input type="checkbox"/> Resultado _____	_____ _____
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<b>Evolución</b>				
Remisión completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		desde _____
Recidivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	número _____	última _____
Complicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuáles? _____	_____
Controles médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	resultados	
Ultimos exámenes médicos realizados				_____
- examen radiológico (¿órgano?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- TAC, RMN (¿órgano?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- endoscopia (tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- marcadores tumorales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- otros exámenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<b>Periodos de invalidez</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	desde _____	hasta _____
Reincorporación al trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____

FECHA:

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE: