

Diagnosís actual:

Diagnosticado por:

Tipo de cáncer:	Etapas:	Fecha de diagnóstico:	
Oncólogo:	Hospital:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		Fax:	

REGISTRO DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO

Tipo (biopsia, tomografía, cirugía)	Fecha/Lugar	Resultados

PRUEBAS GENÉTICAS

Fecha de prueba	Lugar	Tipo de prueba	Resultados

Antecedentes de cáncer (haga más copias si es necesario)

Tipo de cáncer:	Etapas:	Fecha de diagnóstico:	
Oncólogo:	Hospital:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		Fax:	

Antecedentes de cáncer

Tipo de cáncer:	Etapas:	Fecha de diagnóstico:	
Oncólogo:	Hospital:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		Fax:	

Antecedentes de tratamientos de cáncer (Haga más copias si es necesario.)

☐ Quimioterapia ☐ Cirugía ☐ Radiación ☐ Terapia Hormonal ☐ Inmunoterapia ☐ Otros _____

Fechas:

Hospital/Médico:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Fax:

Detalles adicionales: *Tratamientos recibidos, nombres de medicamentos/dosis, cirugías/resultados, hospitalización, complicaciones, etc.*

Antecedentes de tratamientos de cáncer

☐ Quimioterapia ☐ Cirugía ☐ Radiación ☐ Terapia Hormonal ☐ Inmunoterapia ☐ Otros _____

Fechas:

Hospital/Médico:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Fax:

Detalles adicionales: *Tratamientos recibidos, nombres de medicamentos/dosis, cirugías/resultados, hospitalización, complicaciones, etc.*

Antecedentes de tratamientos de cáncer

☐ Quimioterapia ☐ Cirugía ☐ Radiación ☐ Terapia Hormonal ☐ Inmunoterapia ☐ Otros _____

Fechas:

Hospital/Médico:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Fax:

Detalles adicionales: *Tratamientos recibidos, nombres de medicamentos/dosis, cirugías/resultados, hospitalización, complicaciones, etc.*

CONDICIONES DE SALUD ACTUALES/ANTERIORES (Marque todo lo que aplica)

Actual	Anterior	Condición	Notas	Actual	Anterior	Condición	Notas
		Alergias				Problemas de los riñones/orina	
		Artritis				Problemas del hígado	
		Problemas de la sangre				Problemas con los pulmones	
		Problemas de circulación				Problemas de la próstata	
		Depresión/ Ansiedad				Convulsiones/ Epilepsia	
		Diabetes				Problemas de la piel	
		Infecciones frecuentes				Culebrilla	
		Problemas gastrointestinales				Derrames	
		Problemas Ginecológicos				Problemas de la tiroides	
		Problemas del corazón				Tuberculosis	
		Hepatitis				Úlceras	
		Hipertensión				Otros	
		VIH/SIDA				Otros	

Liste cirugías y hospitalizaciones. (Haga más copias si es necesario)

Fecha	Cirugía	Lugar	Resultado

ANTECEDENTES DE FAMILIA Liste los familiares que han tenido enfermedades graves. Indique la enfermedad y la edad de comienzo. (Ejemplo: cáncer, enfermedad del corazón, diabetes)

	Padre biológico	Notas:		Madre biológica	Notas:
	Abuelo paterno	Notas:		Abuelo materno	Notas:
	Abuela paterna	Notas:		Abuela materna	Notas:
	Tío paterno	Notas:		Tío materno	Notas:
	Tía paterna	Notas:		Tía materna	Notas:
	Hermano(a)	Notas:		Hermano(a)	Notas: