

Diagnóstico actual:
Diagnosticado por:

| | | | |
|-----------------|---------|-----------------------|----------------|
| Tipo de cáncer: | Etapa: | Fecha de diagnóstico: | |
| Oncólogo: | Lugar: | | |
| 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: | Etapa: | Fecha de diagnóstico: | |
| Oncólogo: | Lugar: | | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Teléfono: | | Fax: | |

Antecedentes de cáncer

| | | | |
|-----------------|---------|-----------------------|----------------|
| Tipo de cáncer: | Etapa: | Fecha de diagnóstico: | |
| Oncólogo: | Lugar: | | |
| 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: |

MIS CONTACTOS DE CUIDADO DE SALUD

CONTACTO DE EMERGENCIA #1

| | | | |
|---------------------|---------|----------------|--|
| Nombre: | | Relación: | |
| Dirección: | | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | |
| Tel. #1: | | Tel. #2: | |
| Correo electrónico: | | | |

CONTACTO DE EMERGENCIA #2

| | | | |
|---------------------|---------|----------------|--|
| Nombre: | | Relación: | |
| Dirección: | | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | |
| Tel. #1: | | Tel. #2: | |
| Correo electrónico: | | | |

Tengo un testamento en vida. Sí No Mantenga una copia en **Mi Guía Acompañante** y provea uno a su equipo de cuidado de salud.

Tengo una carta poder (poder para decisiones médicas). Sí No

Si es sí, liste el nombre: Relación:

Teléfono:

Mi equipo de salud (Es posible que no tenga a todos estos en su equipo de cuidado de salud).

Oncólogo médico:

| | | | |
|---------------------|---------|---------|----------------|
| Teléfono: | | Fax: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Correo electrónico: | Portal: | | |

Radioncólogo:

| | | | |
|---------------------|---------|---------|----------------|
| Teléfono: | | Fax: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Correo electrónico: | Portal: | | |

Enfermera de oncología:

| | | | |
|---------------------|---------|---------|----------------|
| Teléfono: | | Fax: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Correo electrónico: | Portal: | | |

Cirujano:

| | | | |
|---------------------|---------|---------|----------------|
| Teléfono: | | Fax: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Correo electrónico: | Portal: | | |

Mis contactos de cuidado salud continúa en la siguiente página



Proveedor médico primario (asistente médico/enfermera practicante):

| | | | |
|---------------------|---------|---------|----------------|
| Teléfono: | | Fax: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Correo electrónico: | Portal: | | |

Farmacia:

| | | | |
|---------------------|---------|---------|----------------|
| Teléfono: | | Fax: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Correo electrónico: | Portal: | | |

Trabajador social:

| | | | |
|---------------------|---------|---------|----------------|
| Teléfono: | | Fax: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Correo electrónico: | Portal: | | |

Navegador/Promotora:

| | | | |
|---------------------|---------|---------|----------------|
| Teléfono: | | Fax: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Correo electrónico: | Portal: | | |

Hospital:

| | | | |
|---------------------|---------|---------|----------------|
| Teléfono: | | Fax: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Correo electrónico: | Portal: | | |

Laboratorio médico:

| | | | |
|---------------------|---------|---------|----------------|
| Teléfono: | | Fax: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Correo electrónico: | Portal: | | |

Otros:

| | | | |
|---------------------|---------|---------|----------------|
| Teléfono: | | Fax: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Correo electrónico: | Portal: | | |

Otros:

| | | | |
|---------------------|---------|---------|----------------|
| Teléfono: | | Fax: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Correo electrónico: | Portal: | | |

MIS CONTACTOS PERSONALES

Cuidadores, miembros familiares, amistades, vecinos, grupos de apoyo, compañeros de trabajo, cuidado de niños, asesor espiritual

| | |
|----------|---------------------|
| Nombre: | Tel. #1: |
| Tel. #2: | Correo electrónico: |

Relación/Notas:

| | |
|----------|---------------------|
| Nombre: | Tel. #1: |
| Tel. #2: | Correo electrónico: |

Relación/Notas:

| | |
|----------|---------------------|
| Nombre: | Tel. #1: |
| Tel. #2: | Correo electrónico: |

Relación/Notas:

| | |
|----------|---------------------|
| Nombre: | Tel. #1: |
| Tel. #2: | Correo electrónico: |

Relación/Notas:

| | |
|----------|---------------------|
| Nombre: | Tel. #1: |
| Tel. #2: | Correo electrónico: |

Relación/Notas:

| | |
|----------|---------------------|
| Nombre: | Tel. #1: |
| Tel. #2: | Correo electrónico: |

Relación/Notas:

| | |
|----------|---------------------|
| Nombre: | Tel. #1: |
| Tel. #2: | Correo electrónico: |

Relación/Notas:

| | |
|----------|---------------------|
| Nombre: | Tel. #1: |
| Tel. #2: | Correo electrónico: |

Relación/Notas:

MIS MEDICAMENTOS (MEDICINAS) ACTUALES

Registre los medicamentos con receta y sin receta, vitaminas, yerbas y suplementos que esté tomando.

Nombre:

Farmacia/Lugar:

Teléfono:

Alergias a medicamentos/Reacciones:

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | FECHA DE COMIENZO | FRECUENCIA Y DOSIS | RAZÓN PARA TOMAR | RECETADO POR |
|------------------------|-------------------|--------------------|------------------|--------------|
| | | | | |

Reacciones y efectos secundarios
(Frecuencia, duración, severidad)

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | FECHA DE COMIENZO | FRECUENCIA Y DOSIS | RAZÓN PARA TOMAR | RECETADO POR |
|------------------------|-------------------|--------------------|------------------|--------------|
| | | | | |

Reacciones y efectos secundarios
(Frecuencia, duración, severidad)

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | FECHA DE COMIENZO | FRECUENCIA Y DOSIS | RAZÓN PARA TOMAR | RECETADO POR |
|------------------------|-------------------|--------------------|------------------|--------------|
| | | | | |

Reacciones y efectos secundarios
(Frecuencia, duración, severidad)

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | FECHA DE COMIENZO | FRECUENCIA Y DOSIS | RAZÓN PARA TOMAR | RECETADO POR |
|------------------------|-------------------|--------------------|------------------|--------------|
| | | | | |

Reacciones y efectos secundarios
(Frecuencia, duración, severidad)

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | FECHA DE COMIENZO | FRECUENCIA Y DOSIS | RAZÓN PARA TOMAR | RECETADO POR |
|------------------------|-------------------|--------------------|------------------|--------------|
| | | | | |

Reacciones y efectos secundarios
(Frecuencia, duración, severidad)

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | FECHA DE COMIENZO | FRECUENCIA Y DOSIS | RAZÓN PARA TOMAR | RECETADO POR |
|------------------------|-------------------|--------------------|------------------|--------------|
| | | | | |

Reacciones y efectos secundarios
(Frecuencia, duración, severidad)

MIS MEDICAMENTOS (MEDICINAS) ANTERIORES

Registre los medicamentos con receta y sin receta, vitaminas, yerbas y suplementos que ya no toma.

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | FECHA DE COMIENZO/ PARÓ DE TOMAR | FRECUENCIA Y DOSIS | RAZÓN PARA TOMAR | RECETADO POR |
|------------------------|-------------------------------------|--------------------|------------------|--------------|
| | | | | |

Reacciones y efectos secundarios
(Frecuencia, duración, severidad)

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | FECHA DE COMIENZO/ PARÓ DE TOMAR | FRECUENCIA Y DOSIS | RAZÓN PARA TOMAR | RECETADO POR |
|------------------------|-------------------------------------|--------------------|------------------|--------------|
| | | | | |

Reacciones y efectos secundarios
(Frecuencia, duración, severidad)

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | FECHA DE COMIENZO/ PARÓ DE TOMAR | FRECUENCIA Y DOSIS | RAZÓN PARA TOMAR | RECETADO POR |
|------------------------|-------------------------------------|--------------------|------------------|--------------|
| | | | | |

Reacciones y efectos secundarios
(Frecuencia, duración, severidad)

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | FECHA DE COMIENZO/ PARÓ DE TOMAR | FRECUENCIA Y DOSIS | RAZÓN PARA TOMAR | RECETADO POR |
|------------------------|-------------------------------------|--------------------|------------------|--------------|
| | | | | |

Reacciones y efectos secundarios
(Frecuencia, duración, severidad)

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | FECHA DE COMIENZO/ PARÓ DE TOMAR | FRECUENCIA Y DOSIS | RAZÓN PARA TOMAR | RECETADO POR |
|------------------------|-------------------------------------|--------------------|------------------|--------------|
| | | | | |

Reacciones y efectos secundarios
(Frecuencia, duración, severidad)

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | FECHA DE COMIENZO/ PARÓ DE TOMAR | FRECUENCIA Y DOSIS | RAZÓN PARA TOMAR | RECETADO POR |
|------------------------|-------------------------------------|--------------------|------------------|--------------|
| | | | | |

Reacciones y efectos secundarios
(Frecuencia, duración, severidad)