

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)