ARS Yunen

QUIMIOTERAPIA

FORMULARIO /INFORME MÉDICO ACTUALIZADO CASO ONCOLÓGICOS

DATOS GENERALES DEL PACIENTE **Fecha:** _____

Nombre del Afiliado: _____

No. Carnet: _____

Plan de Salud: _____

Edad: _____ Sexo F _____ M _____

Ocupación: _____

Historia de enfermedad actual

_____

_____

_____

Tratamiento solicitado de quimioterapia (Genéricos)

_____

_____

_____

Antecedentes patológicos

Hábitos tóxicos Si_____ No_____ Cigarrillos Si _____ No_____ Alcohol Si_____ No_____ Café Si _____ No_____

Diagnostico patológico con grado de diferenciación

_____

_____

_____

Localización y tamaño del tumor

_____

_____

_____

Metástasis /Si/No

Etapa Clínica de la enfermedad:

Quimioterapia usada

Razón del cambio de quimioterapia

Complicaciones de la enfermedad (Especificar)

Mejoría en la evolución de la enfermedad (Especificar)

Nombre del médico oncólogo clínico

Firma, sello y Exequátur del Médico