

INFORME DEL MEDICO

- 1) NOMBRE DEL PACIENTE:
- 2) FECHA DE LA 1a. CONSULTA:
- 3) FECHA EN QUE APARECIERON LOS PRIMEROS SINTOMAS:

4) DESCRIPCION DEL CUADRO CLINICO:

5) RESULTADO DE LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE PRACTICADOS CON ESPECIAL MENCION DE LAS RADIOGRAFIAS, TOMOGRAFIAS O CUALQUIER OTRO METODO DE IMAGEN UTILIZADO.

FECHA: RESULTADOS:

6) CITOLOGIA PRACTICADAS:

FECHAS:
 PRODUCTO:
 RESULTADOS:

7) ESTUDIOS HISTOPATOLOGICOS PRACTICADOS:

FECHAS:
 TIPO DE ESTUDIO:
 RESULTADOS:

8) QUE SITIO(S) Y ORGANO(S) FUERON AFECTADOS:

- 9) ¿SE TRATO DE UN CARCINOMA"IN SITU"? SI NO
- 10) ¿SE PRODUJO INVASION DE LOS TEJIDOS CONTINUOS? SI NO
- 11) ¿HUBO DISEMINACION A GANGLIOS LINFATICOS? SI NO
- 12) ¿HUBO METASTASIS A DISTANCIA? SI NO

ESPECIFICAR EL SITIO:

13) DIAGNOSTICO ESTABLECIDO:

14) ¿QUE ETAPA ALCANZO LA ENFERMEDAD?

15) ¿FUMA O FUMABA EL PACIENTE? SI NO

FECHA DE INICIO:

NUMERO DE CIGARRILLOS AL DIA:

FECHA EN QUE DEJO DE HACERLO:

16) ¿PRESENTO EL PACIENTE "SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA"? SI NO

17) ¿HABIA TENIDO EL PACIENTE CON ANTERIORIDAD CUALQUIER TIPO DE NEOPLASIA O CUALQUIER ENFERMEDAD RELACIONADA?

FECHA:

DIAGNOSTICO:

18) ¿ESTUVO EL PACIENTE RECLUIDO EN SU DOMICILIO O EN ALGUN HOSPITAL?

FECHA DE ENTRADA:

FECHA DE SALIDA:

DENOMINACION Y DOMICILIO DEL HOSPITAL:

19) ¿QUE TRATAMIENTO TUVO?

20) OTROS MEDICOS QUE ATENDIERON AL PACIENTE:

NOMBRE	DOMICILIO	TEL.

21) OBSERVACIONES:

LUGAR Y FECHA

FIRMA

NOMBRE DEL MEDICO:

DOMICILIO: TEL.:

REGISTRO S.S.A. CED. PROFESIONAL:

LE AGRADECEMOS PROPORCIONARNOS CON CARACTER DEVOLUTIVO LOS RESULTADOS DE LAS RADIOGRAFIAS Y/O TOMAGRAFIAS PRACTICADAS Y EN ESPECIAL LOS RESULTADOS CITOLOGICOS E HISTOPATOLOGICOS.