

HISTORIAL MÉDICO DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER

Junto a tu historial médico, este cuadro debe presentarse a cada uno de los médicos que visitas durante y después del tratamiento.

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Tipo de cáncer: _____

Fecha de diagnóstico: _____

Nombre del oncólogo, teléfono, afiliación hospitalaria: _____

Cirugía: _____

Tipo:

Nombre del hospital, dirección y teléfono: _____

Médico(s) / Enfermera(s): _____

Fecha y duración de la internación hospitalaria: _____

Medicamento(s) y dosis: _____

Quimioterapia:

Número total de tratamientos: _____

Fecha de tratamiento(s): _____

Nombre, dirección y teléfono del médico: _____

Efectos secundarios: _____

Resultados: _____

Radioterapia:

Número total de tratamientos: _____

Fecha de tratamiento(s): _____

Nombre, dirección y teléfono del médico: _____

Parte del cuerpo tratada: _____

Efectos secundarios: _____

Resultados: _____

Asistencia de apoyo (es decir, terapia):

Nombre del médico: _____

Número total de tratamientos: _____

Fecha de tratamiento(s): _____

Medicamento(s) y dosis: _____

Efectos secundarios: _____

Otros:

Tipo(s) de tratamiento: _____

Fecha de tratamiento(s): _____

Administrados por: _____

Efectos secundarios: _____

Resultados: _____