

HISTORIAL DE TRATAMIENTO DEL CÁNCER

Junto a tu historial médico, esta tabla debe ser presentada a cada doctor que veas.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____

Tipo de cáncer: _____ Fecha del diagnóstico: ____ / ____ / _____

Nombre, teléfono y afiliación de hospital de su oncólogo: _____

CIRUGÍA

Tipo: _____

Nombre, dirección y teléfono del hospital: _____

Doctor(es): _____

Fecha y duración de la estadía en el hospital: _____

Medicina(s) & dosis: _____

QUIMIOTERAPIA

Nombre, dirección y teléfono del hospital: _____

Número total de tratamientos y fecha(s): _____

Efectos secundarios: _____

Resultados: _____

Medicina(s) & dosis: _____

TERAPIA DE RADIACIÓN

Doctor(es): _____

Número total de sesiones y fecha(s): _____

Resultados: _____

Medicina(s) y dosis: _____

CUIDADO DE APOYO (EX: CONSEJERÍA)

Doctor(es): _____

Número total de sesiones y fecha(s): _____

Resultados: _____

Medicina(s) y dosis: _____

OTRO

Nombre, dirección y teléfono del hospital: _____

Número total de sesiones y fecha(s): _____

Efectos secundarios: _____

Resultados: _____

Medicina(s) y dosis: _____