

Facility Name: _____
 Address: _____
 City, State, Zip: _____

Datos Demográficos Del Paciente

Nombre Del Paciente: _____ Número de Expediente Médico: _____

Historial De Cáncer

Tiene usted o ha tenido alguna vez cáncer? Si / No

Primer tipo de cáncer: _____

Tratado? Si / No

Cirugía? Si / No Que tipo? _____ Fecha: _____

Radiación Si / No Parte del cuerpo: _____ Fecha: _____

Quimioterapia? Si / No Nombre del medicamento (s): _____

Última administración: _____

Inmunoterapia? Si / No Nombre del medicamento (s): _____

Última administración: _____

Segundo tipo de cáncer: _____

Tratado? Si / No

Cirugía? Si / No Que tipo? _____ Fecha: _____

Radiación Si / No Parte del cuerpo: _____ Fecha: _____

Quimioterapia? Si / No Nombre del medicamento (s): _____

Última administración: _____

Inmunoterapia? Si / No Nombre del medicamento (s): _____

Última administración: _____

Anote todo tipo de cáncer que ha tenido: _____

Estudios De Imagen Previos

Fecha de su examen CT (Tomografía) más reciente: _____ Donde: _____

Que Parte del cuerpo: _____ Fecha: _____

Fecha del examen PET / CT más reciente: _____ Donde: _____

Fecha del MRI (resonancia magnética) más reciente? _____ Donde: _____

Que Parte del cuerpo: _____ Fecha: _____

Technologist Signature: _____