Penta Vida

CUESTIONARIO PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS

Nombre completo paciente: _____

Rut paciente: _____ **Edad del paciente: _____**

Importante: Este cuestionario debe ser llenado en forma completa por su médico oncólogo tratante.

1.- Antecedentes Médicos

Diagnóstico: _____

Fecha de diagnóstico: _____ Fecha de alta: _____

Detallar el tratamiento seguido: _____

_____

Patología requirió hospitalización: SI ○ NO ◉

El tumor fue extirpado de manera: Parcial ☐ Total ☐

Órgano intervenido: _____

Fecha: _____

Fecha de alta de hospitalización: _____

2.- Etapificación

Resultado de biopsia e Histología: _____

_____

Fecha de biopsia que confirma el diagnóstico: _____

Etapificación de cáncer (TNM): por favor indicar el que corresponda según resultado de biopsia

T:	TX	○	T0	○	Tis	○	-	-
	T1	○	T2	○	T3	○	T4	○
N:	NX	○	N0	○	-	-	-	-
	N1	○	N2	○	N3	○	-	-
M:	MX	○	M0	○	M1	○	-	-
Estadio:	0	○	I, II o III	○	IV	○	-	-

¿Ha tenido recidivas? ◯ SI ◉ NO

Detallar los eventos y las fechas: _____

3.-Tratamiento y Evolución

Evolución y de la patología: _____

_____

Tratamiento actual: _____

_____

Estado Actual: _____

_____

Secuelas: _____

_____

Fecha de término del último tratamiento: _____

Fecha último control: _____

Datos del profesional

Nombre completo del Médico: _____

RUT: _____ Fecha: _____

Firma: _____ RCM: _____

Timbre Médico_____

Penta Vida

El cliente declara que las respuestas anteriores son verídicas y forman parte de la evaluación del siniestro y acepta que las mismas formen parte de su liquidación de siniestro.

_____ _____

Fecha **Firma del Paciente**