|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información general** | | | | | | |
| Nombre del paciente: | | Fecha de nacimiento del paciente: | | | | |
| Teléfono del paciente: | | Correo electrónico: | | | | |
| **Proveedores de atención médica** (incluidos nombres, institución, números de teléfono) | | | | | | |
| Proveedor de atención primaria: | | | | | | |
| Cirujano: | | | | | | |
| Radioncólogo: | | | | | | |
| Oncólogo: | | | | | | |
| Otros proveedores (asesor): | | | | | | |
| **Diagnóstico** | | | | | | |
| Tipo de cáncer/ubicación/tipo histológico: | | | Fecha del diagnóstico: | | | |
| **T**amaño del tumor: **G**anglios linfáticos:  **M**etástasis:  Estadio: ☐I ☐II ☐III ☐IV ☐No disponible/corresponde  Otra información sobre el cáncer: | | | | | | |
| **Plan de tratamiento** | | | | | | |
| **Objetivo del tratamiento:** ☐Curar el cáncery aliviar los síntomas y efectos secundarios del tratamiento  ☐ Desacelerar el crecimiento del cáncer y aliviar los síntomas y efectos secundarios del tratamiento | | | | | | |
| **Plan de tratamiento** | | | | | | |
| Cirugía ☐ Sí ☐No | Fecha(s) de la(s) cirugía(s) (año): | | | Procedimiento/ubicación: | | |
| Radiación ☐ Sí ☐No | Área del cuerpo a tratar: | | | Cuántos tratamientos a lo largo de cuántas semanas: | | |
| Terapia sistémica (quimioterapia, terapia hormonal, otra) ☐ Sí ☐No | | | | | | |
| A administrarse *antes* de la cirugía o la radiación (neoadyuvante) ☐ Sí ☐No | | | | | | |
| Nombre del régimen y los agentes utilizados: | | | | | Número de ciclos planificados y frecuencia: | |
| A administrarse *después* de la cirugía o la radiación (adyuvante) ☐ Sí ☐No | | | | | | |
| Nombre del régimen y los agentes utilizados: | | | | | Número de ciclos planificados y frecuencia: | |
| Información adicional: | | | | | |

|  |
| --- |
| **Síntomas o efectos secundarios** |
| Síntomas o efectos secundarios frecuentes ***durante*** sus tratamientos:  ☐Reacciones alérgicas ☐ Dolor muscular/óseo  ☐Diarrea/estreñimiento ☐Náuseas/vómitos  ☐Fatiga o cansancio ☐Entumecimiento y hormigueo en las manos/los pies  ☐Caída del cabello ☐Cambios en la piel  ☐Daño cardíaco ☐Dificultad para pensar  ☐Infección/fiebre ☐Dificultad para respirar  ☐Recuentos sanguíneos bajos ☐Síntomas urinarios  ☐Llagas en la boca o Otro: |
| Indíquenos si tiene:   1. fiebre superior a 100.5 °F; 2. un síntoma nuevo; 3. un síntoma que no desaparece; 4. cualquier cosa que le preocupe que pueda estar relacionada con el cáncer o el tratamiento. |
| **Otras inquietudes** |
| Las personas con cáncer pueden tener problemas con las áreas descritas a continuación. Si tiene alguna inquietud, hable con sus médicos o enfermeros para averiguar cómo puede obtener ayuda.  ☐Salud emocional y mental ☐Seguro ☐Escuela/trabajo ☐Otro  ☐Fatiga ☐Pérdida de la memoria o la concentración ☐Funcionamiento sexual  ☐Fertilidad ☐Crianza de los hijos ☐Dejar de fumar  ☐Asesoramiento o asistencia financieros ☐Funcionamiento físico ☐Cambios de peso |
| Varios estilos de vida/comportamientos pueden afectar la continuidad de su salud, incluido el riesgo de que el cáncer reaparezca o de que presente otro cáncer. Hable sobre estas recomendaciones con su médico o enfermero:  ☐Consumo de alcohol ☐Actividad física ☐Fumar tabaco/dejar de fumar ☐Otro  ☐Dieta ☐Uso de protector solar ☐Manejo del peso (pérdida/aumento) |
| Tenga en cuenta que es importante que continúe consultando a su proveedor de atención primaria para sus otras necesidades de atención médica durante todo el tratamiento. Cuando su tratamiento finalice, también le daremos un plan de atención para sobrevivientes que describe lo que sucederá después de que el tratamiento finalice. |
| Recursos que le pueden interesar: |
| Otros comentarios: |
| Preparado por: Entregado el: |