

Mi información médica personal



*¡Luche contra el
temor al cáncer!*

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

(Traiga con usted copias de las tarjetas de su seguro médico-copiar el frente y el lado posterior-para dejarlas en la oficina de pago.)

Persona principal que lo/la cuida a usted

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfonos: Hogar: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Registro de las pruebas de diagnóstico

Tipo	Fecha	Resultados/localidad

Historial del cáncer (Haga más copias si las necesita.)

Tipo de cáncer: _____ Fecha del diagnóstico: _____

Nombre del médico: _____ Localidad: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ FAX: _____

Tratamientos de cáncer que ha tenido. Detalles/efectos secundarios durante y después del tratamiento

- Quimioterapia _____
- Cirugía _____
- Radiación _____
- Terapia hormonal _____
- Inmunoterapia _____
- Otro (transplante) _____

Diagnóstico actual

_____ Fecha del diagnóstico: _____

Condiciones de salud actual y en el pasado Por favor, marque todas las que correspondan.

Actualmente / en el pasado

Actualmente / en el pasado

Actualmente / en el pasado

Alergias

Problemas ginecólogos

Convulsiones/epilepsia

Artritis

Problemas del corazón

Problemas con la piel

Asma

Hepatitis

Herpes

Desorden sanguíneo

Alta presión sanguínea

Ataque al corazón

Problemas con la circulación de la sangre

HIV/AIDS

Problemas con la tiroides

Depresión/Ansiedad

Riñones/problemas con la orina

Tuberculosis

Diabetes

Problemas con el hígado

Úlceras

Infecciones frecuentes

Problemas con los pulmones

Otros _____

Problemas gastrointestinales

Problemas con la próstata

Por favor, proporcione información más detallada:

Por favor, indique las cirugías que ha tenido. (Haga más copias si necesita.)

Tipo de cirugía	Fecha	Resultado/cirujano localidad

Historial familiar. Por favor, marque cada familiar que ha tenido enfermedades crónicas (por ejemplo, cáncer, enfermedad del corazón, diabetes).

Madre biológica

Abuela materna

Abuelo materno

Padre biológico

Abuela paterna

Abuelo paterno

Hermano/a

Hermano/a

Hermano/a

Tía

Tío

Otro familiar _____

Por favor, proporcione más detalles en este espacio.

¿Tiene usted un testamento vital o instrucciones anticipadas para que su familia y los doctores sepan lo que usted quiere que se haga con su tratamiento? Sí No

(Guarde una copia para usted y agregue una a su brazalete USB para que sus deseos sean cumplidos.)

¿Usted tiene un apoderado de asistencia médica? Sí No

Si tiene, escriba su Nombre:

Teléfono:
