



Cía. Internacional de Seguros, S.A. Cuestionario Linfoma de Hodgkin / Linfoma No-Hodgkin

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Apellidos: _____ | Nombre del médico: _____ |
| Nombre: _____ | Dirección del médico: _____ |
| Fecha de nacimiento : _____ | Teléfono del médico: _____ |

La información detallada en este documento será tratada confidencialmente y bajo secreto profesional.
Rogamos contestar todas las preguntas y facilitar toda la información solicitada.

Diagnóstico: _____

Fecha del diagnóstico: _____ Fecha de la última consulta: _____

Talla: _____ Peso: _____ Presión arterial: _____ / _____ Tratada No Tratada

Fecha: _____

| | No | Sí | Detalles | Fecha(s) |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|-------------|
| ENFERMEDAD DE HODGKIN | | | | |
| Clasificación conocida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| - confirmado por scanner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Etapa: | |
| | | | <input type="checkbox"/> I A <input type="checkbox"/> II A <input type="checkbox"/> III A | |
| | | | <input type="checkbox"/> I B <input type="checkbox"/> II B <input type="checkbox"/> III B | |
| | | | <input type="checkbox"/> IV | |
| LINFOMA NO HODGKIN | | | | |
| - Bajo grado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> etapa 1 <input type="checkbox"/> etapa 2 <input type="checkbox"/> etapa 3 <input type="checkbox"/> etapa 4 | |
| - Grado intermedio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> etapa 1 <input type="checkbox"/> etapa 2 <input type="checkbox"/> etapa 3 <input type="checkbox"/> etapa 4 | |
| - Alto grado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> etapa 1 <input type="checkbox"/> etapa 2 <input type="checkbox"/> etapa 3 <input type="checkbox"/> etapa 4 | |
| Remisión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | desde _____ |
| Recidivas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Número _____ | _____ |
| Tratamiento : | | | | |
| - cirugía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿cuál? _____ | _____ |
| | | | resultado _____ | _____ |
| - radioterapia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | localización _____ | _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> interrumpido | desde _____ |
| - quimioterapia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | protocolo _____ | _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> interrumpido | desde _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> reinducciones necesarias | |
| - trasplante de médula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> tipo alogénico | Fecha _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> tipo autólogo | Fecha _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> Resultado | Fecha _____ |



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Cuestionario Linfoma de Hodgkin / Linfoma No-Hodgkin

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

| | No | Sí | Detalles | | Fecha(s) |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------|
| - otros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿cuál? | _____ | _____ |
| | | | resultado | _____ | _____ |
| Ultimos exámenes realizados : | | | | | |
| - scanner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> anormal* | _____ |
| - radiografía de tórax* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> anormal* | _____ |
| - recuento de linfocitos* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | número | _____ | _____ |
| - recuento de trombocitos (plaquetas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | número | _____ | _____ |
| - esplenectomía* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| - otros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿cuál? | _____ | _____ |
| | | | resultado | _____ | _____ |
| Ausencias del trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | duración | _____ | _____ |
| | | | reincorporación al trabajo | _____ | _____ |

***IMPORTANTE:** se ruega proporcionar cualquier examen realizado, con resultados anormales, así como radiografía del tórax y biometría hemática (hemograma) de los últimos 3 meses.

FECHA:

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE: