

FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO ONCOLÓGICO OSEP

LUGAR: _____ FECHA: __/__/__/ DNI:

Apellido y Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Domicilio: _____ Carnet N°: _____

Departamento: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Tel.: _____

Diagnóstico/Estadio _____ Fecha de Diagnóstico: __/__/__

Edad al Diagnóstico Años Meses

☐ **1** Histología

☐ **2** DNG por imágenes

☐ **3** DNG IHQ

☐ **4** DNG Citohematología

Servicio _____

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

ADJUNTAR COPIA DE ESTUDIOS REALIZADOS

TRATAMIENTOS PREVIOS REALIZADOS (TIPO Y FECHA):

Cirugía ☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia ☐ Hormonoterapia ☐

PROTOCOLO ABREVIADO:

TABAQUISMO ACIVO	INSUFICIENCIA HEPÁTICA	INSUFICIENCIA RENAL
☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO

DIÁLISIS CRÓNICA	CLEARENCE DE CREATININA
N° SES/MES:	

Correo electrónico: _____

Firma y sello médico tratante