

## Resumen del Tratamiento de la Terapia de Cáncer

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Diagnos de cáncer/ tipo:

Fecha de diagnos:

Diagnos dado por:

### Terapias de Cáncer

Tipo de cirugía:

Fecha de la cirugía:

Cirujano:

Hecha en cual lugar:

### Conclusiones de Patología

Tipo de tumor:

Estadificación: T    N    M    Etapa:

Conclusiones relevantes de la patología:

Estado de los ganglios linfáticos:

Anormalidades en los estudios de diagnostico iniciales:

**Terapia Médica Administrada por:**

Medicamento	Dosis & Ruta	Horario Planeado	Fechas dado / alguna reducción en dosis

--	--	--	--

Notas sobre los tratamientos médicos

Fue el tratamiento planeado cambiado, si lo fue, ¿porque?

Liste cualquier efecto secundario serio del tratamiento médico

**Radioterapia (Terapia de Radiación)**

*Plan para la radioterapia*

Tipo de radioterapia:

Área en el campo de tratamiento:

Dosis total planeada:

Número total de fracciones planeadas (sesiones):

Fecha en cual la radioterapia comenzó:

Fecha en cual terminó:

Dosis total recibida:

Cualquier efecto secundario notable:

**Contactos Para el Equipo de Oncología**

Proveedor:

Número de Teléfono:

Dirección:

Proveedor:

Número de Teléfono:

Dirección:

Proveedor:

Número de Teléfono:

Dirección:

**Otras terapias recibidas:**

**Notas sobre el tratamiento:**