



FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO ONCOLÓGICO

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____

Teléfono de Contacto: _____

DATOS DE LA PATOLOGÍA

Diagnóstico: _____

Fecha de Diagnóstico: ____ / ____ / ____

Estado Inicial:

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Sitio de Metástasis (si corresponde):

☐ Hígado

☐ Pulmón

☐ SNC

☐ Ganglionar

☐ Óseo

☐ Serosas

☐ Otros: _____

Fecha de última recaída o progresión: ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO

Fecha de inicio del tratamiento sujeto a recupero: ____ / ____ / ____

Esquema de quimioterapia concomitante:

Estrategia / Línea Terapéutica

☐ Adyuvancia / Neoadyuvancia

☐ Primera línea estadio avanzado

☐ Segunda línea estadio avanzado

☐ Tercera línea estadio avanzado

☐ Otra: _____

ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)

- ☐ 0 – Totalmente activo
 - ☐ 1 – Restringido para actividades físicas intensas
 - ☐ 2 – Ambulatorio, capaz de autocuidado
 - ☐ 3 – Capacidad limitada de autocuidado
 - ☐ 4 – Completamente discapacitado
-

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

Adjuntar copia de:

► Resumen de Historia Clínica actualizado que detalle:

- Antecedentes
- Estadificación
- Terapias previas
- Estado actual
- Status funcional

► Estadificación actual:

- ☐ I
- ☐ II
- ☐ III
- ☐ IV
- ☐ No aplica

► Informe de Anatomía Patológica

► Marcadores tumorales (si corresponde)

Estudios complementarios (si corresponden)

- ☐ TAC
- ☐ PET
- ☐ RNM
- ☐ Centellograma
- ☐ Colonoscopia

Firma Y Sello del Profesional Tratante

FIRMA:

FECHA: