

**FECHA:** AAAA MM DD

## DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: AAAA MM DD

Tipo de identificación: C.C.  C.E.  T.I.  No. de identificación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: F  M

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Grupo étnico: \_\_\_\_\_

Tipo(s) de cáncer: \_\_\_\_\_

Edad a la que se le diagnosticó el cáncer: \_\_\_\_\_

## DATOS DE FAMILIARES CON CÁNCER

Parentesco	Tipo de Cáncer	Edad a la que se Diagnosticó
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

## DATOS DEL MÉDICO

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_