

## CUESTIONARIO

Forma parte integrante de la solicitud de seguro presentada por:

**Nombre: ..... / Adjuntar copia de biopsia**

Rogamos contestar señalando las respuestas adecuadas y dar detalles cuando sea posible:

Fecha del diagnóstico:	Ultima Consulta:

Talla: _____	Peso: _____	Circunferencia abdominal : _____
Presión arterial:	Tratada : _____	Fecha: _____

	NO	SI	Detalles	Fecha(s)
<b>En la fecha del Diagnóstico</b>				
¿Qué órgano o sistema de órganos estaban afectados? _____				
Benigno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si la respuesta es afirmativa, continúe relleno el cuestionario a partir de "Tratamiento".	_____
Invasión Local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Metástasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- Ganglios linfáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> regionales, <input type="checkbox"/> distantes	_____
- Órganos distantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Clasificación TNM, FIGO, AJCC			_____	_____
Grado histológico			_____	_____
Análisis de marcadores idénticos en el tumor			_____	_____
Marcadores tumorales en el suero			_____	_____
<b>Tratamiento</b>				
Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Finalidad de la cirugía: <input type="checkbox"/> Diagnóstica, <input type="checkbox"/> Curativa, <input type="checkbox"/> Paliativa	_____
			Resultado:	_____
Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Preoperatoria, <input type="checkbox"/> curativa, <input type="checkbox"/> Paliativa, <input type="checkbox"/> interrumpida, <input type="checkbox"/> completada	_____
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fármacos utilizados	_____
			Nº de ciclos	_____

			_____	_____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	interrumpida, <input type="checkbox"/> completada _____
Terapia Hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fármacos utilizados	_____
				_____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preventiva, <input type="checkbox"/> Curativa, <input type="checkbox"/> Paliativa, <input type="checkbox"/> Completada _____
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
				_____
<b>Evolución</b>				
Remisión Completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		desde _____
Recidivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N° _____	última _____
Complicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? _____	_____
				_____
<b>Controles Médicos</b>				
Últimos exámenes Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultados:	_____
- RX (¿Órgano?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- TAC, RMN (¿Órgano?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- Endoscopia (tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- Marcadores tumorales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
- Otros exámenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<b>Periodo de Invalidez</b>				
Reincorporación al trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	desde _____	hasta _____
				_____

FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Médico  
(SELLO)

**El suscrito declara que las respuestas anteriores son verídicas y acepta que las mismas formen parte de la declaración de salud, del asegurable.**