



REPUBLICA ARGENTINA
PROVINCIA DEL CHUBUT
Instituto de Seguridad Social
y Seguros

Imprimió formulario

SOLICITUD DE TRATAMIENTO ONCOLOGICO

Esta planilla deberá ser completada por el médico Oncólogo tratante
y acompañada de los estudios correspondientes

Afiliado N°:		Documento N°:		Sexo:	
Apellido y nombre:				Edad:	
Localidad de residencia habitual:			Teléfono:		
Localidad / Centro de atención médica:					
Fecha del estudio histopatológico:			Edad al diagnóstico:		
Forma en que se realizó el diagnóstico: Sintomático <input type="checkbox"/> Chequeo <input type="checkbox"/> Fortuito <input type="checkbox"/>					
Estadificación al momento del diagnóstico: Precoz <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/>					
Requirió cirugía?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Fecha y lugar de la cirugía:			
Secundarismo al diagnóstico: Ninguno <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Sospechado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>					
Resumen de Historia Clínica:					
Tratamiento Indicado: Hormonoterapia <input type="checkbox"/> Inmunoterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Combinado <input type="checkbox"/>					
Peso: Kgrs		Talla: cm		Sup. Corp.: m ²	
Droga		Dosis		Vía	Ciclo
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					
6.-					
7.-					
Cantidad de ciclos indicados:			Frecuencia de los ciclos: Días		

Lugar y fecha:

Firma y sello del médico tratante