

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE RADIOTERAPIA (Letra legible)

FECHA...../...../.....  
APELLIDO y NOMBRE.....  
DNI.....FECHA DE NACIMIENTO.....EDAD.....  
DOMICILIO.....LOCALIDAD.....  
TELEFONO:.....E-MAIL.....

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ENFERMEDADES CONCOMITANTES.....  
.....

DIAGNOSTICO.....  
ESTADIO.....T.....N.....M.....PRONOSTICO.....

STATUS CLINICO (ECOG) 0  1  2  3  4  5

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS REALIZADOS: (ADJUNTAR)

INFORME HISTOPATOLOGICO   
ECOGRAFIA  ENDOSCOPIA  TAC  RMN  PET-SCAN   
MAMOGRAFIA  CENTELLOGRAMA OSEO  LABORATORIOS   
MARCADORES TUMORALES  RECEPTORES

TRATAMIENTOS REALIZADOS:

QUIRURGICO.....  
QUIMIOTERAPIA.....  
RADIOTERAPIA.....

.....  
Firma y sello del Médico Oncólogo