

# PLAN DE SUPERVIVENCIA AL CÁNCER DE PULMÓN

▲ Use este formulario para documentar información importante sobre su atención médica. Haga copias y actualícelo a medida que cambie su situación. NOTA: No pretende sustituir su historial médico permanente.

## SU DIAGNÓSTICO

|   |  |
|---|--|
| CÁNCER DE PULMÓN/ SUBTIPO/LOCALIZACIÓN  |  |
| ESTADIO/GRADO   |  |
| FECHA DE DIAGNÓSTICO (AÑO)  |  |
| ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO |  |
| MARCADORES GENÉTICOS O BIOMARCADORES (si existen)   |  |

## SU HISTORIAL DE TRATAMIENTO

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:  sí  NO

| TIPO<br><small>(quimioterapia, inmunoterapia, terapia molecular, terapia dirigida)</small> | MEDICAMENTO | ADMINISTRACIÓN | DOSIS | FRECUENCIA | FECHAS DE INICIO O FIN |
|--|-------------|----------------|-------|------------|------------------------|
|  |             |                |       |            |                        |
|  |             |                |       |            |                        |
|  |             |                |       |            |                        |
|  |             |                |       |            |                        |
|  |             |                |       |            |                        |

RADIOTERAPIA:  sí  NO

| TIPO<br><small>(braquiterapia, radioterapia externa, terapia protónica, radioterapia sistémica)</small> | ÁREA DEL CUERPO TRATADA | FRECUENCIA | FECHAS DE INICIO O FIN |
|---|-------------------------|------------|------------------------|
|   |                         |            |                        |
|   |                         |            |                        |
|   |                         |            |                        |
|   |                         |            |                        |
|   |                         |            |                        |

CIRUGÍA:  sí  NO

| TIPO DE PROCEDIMIENTO | ÁREA DEL CUERPO TRATADA | FECHA |
|-----------------------|-------------------------|-------|
|                       |                         |       |
|                       |                         |       |
|                       |                         |       |
|                       |                         |       |
|                       |                         |       |

## SU EQUIPO DE TRATAMIENTO

| NOMBRE | TÍTULO | INFORMACIÓN DE CONTACTO |
|--------|--------|-------------------------|
|        |        |                         |
|        |        |                         |
|        |        |                         |
|        |        |                         |

**Síntomas o efectos tardíos que han continuado o se han presentado después de finalizar el tratamiento:**

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia (recuento bajo de glóbulos rojos) | <input type="checkbox"/> Depresión                                      | <input type="checkbox"/> Neuropatía (hormigueo, entumecimiento o dolor en manos/pies) | <input type="checkbox"/> Dolor                     |
| <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito                    | <input type="checkbox"/> Fatiga   | <input type="checkbox"/> Neutropenia (recuento bajo de glóbulos blancos)              | <input type="checkbox"/> Dificultades sexuales     |
| <input type="checkbox"/> Disfunción cognitiva ("quimiocerebro")   | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos                            |   | <input type="checkbox"/> Problemas cutáneos        |
|   | <input type="checkbox"/> Linfedema (acumulación de líquido e hinchazón) |   | <input type="checkbox"/> Estrés o ansiedad         |
|   |   |   | <input type="checkbox"/> Aumento o pérdida de peso |

Otro: \_\_\_\_\_ ➔ Para obtener copias adicionales de este formulario, visite [PatientResource.com/LungSurvivorPlan\\_ESLA](http://PatientResource.com/LungSurvivorPlan_ESLA)