

EVALUACIÓN PARA LA DETECCIÓN DE CÁNCER EN LA CAVIDAD ORAL, CABEZA, Y CUELLO

Esta parte debe ser completada por el participante (por favor escriba)

Nombre(s) _____ Apellido(s) _____ Edad ____ Fecha de Nac. ____/____/____ Masc Fem
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ País _____ CP _____
 Teléfono (____) _____ Ocupación _____ E-mail _____

Questionario

He sido tratado por cáncer de piel en el área de la cabeza y cuello. Sí No Otro tipo de cáncer: Sí No Lugar _____
 Tengo familiares que han sido tratado por cáncer en cabeza y cuello. Sí No Lugar _____
 He tenido anteriormente tratamiento medico, quirúrgico, o de radiación en el área de la cabeza y cuello. Sí No Lugar _____
 Actualmente uso tabaco. (por favor encierre en un círculo) Masticado Snuff Cigarillos Puro Pipa Ninguno
 He usado anteriormente tabaco. (por favor encierre en un círculo) Masticado Snuff Cigarillos Puro Pipa Ninguno
 A lo largo de me vida, he usado tabaco por _____ años con un promedio de _____ por día.
 He consumido bebidas alcohólicas por un total de _____ años con un promedio de of _____ bebidas por día. Ninguno

Por favor seleccione los problemas de cuello o cabeza que actualmente padezca:

Cambio en la voz Sangrado Dolor de oído Inflamación en la cabeza/cuello
 Dolor de garganta Protuberancia (bolitas) en garganta Dificultad para tragar Problemas dentales
 Dolor en la boca Problemas en dientes/encías Crecimiento en el cuello Manchas rojas o blancas en la boca

¿Sabía usted que cualquiera de estos síntomas podría ser un signo temprano de cáncer en cabeza y cuello? Sí No
 ¿Alguna vez alguien le había enseñado cómo hacerse un autoexamen oral? Sí No
 ¿Estaría interesado en ser voluntario para promover el conocimiento y conciencia de esta enfermedad? Sí No
 ¿Este programa ha aumentado so conocimiento y conciencia acerca de esta enfermedad? Sí No

DESLINDAMIENTO DE RESPONSABILIDADES

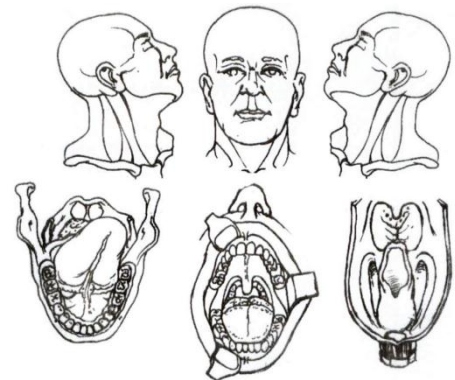
Por medio de la presente libero a la Alianza del Cáncer de Cabeza y Cuello, a las instalaciones donde se realizan las evaluaciones y a todo el personal médico y de cuidado para la salud, de toda responsabilidad asociada con la evaluación y sus resultados. Acepto toda la responsabilidad de la evaluación, programación de citas futuras y costos de cualquier evaluación médica, pruebas de diagnóstico y tratamientos adicionales que se realicen por cualquier recomendación médica dada. Entiendo que éste es un examen que no intenta ser una evaluación completa de la cabeza y cuello ni sustituir ninguna evaluación realizada por médicos futuros o pasados. Me responsabilizo de cualquier evaluación o pruebas de seguimiento y libero a todos los demás participantes de toda responsabilidad. La Alianza del Cáncer de Cabeza y Cuello puede utilizar los resultados de esta evaluación y la información proporcionada en este formato para propósitos estadísticos y educativos, pero no puede proporcionar mi nombre a ninguna otra persona u organización sin mi consentimiento escrito expreso.

Firma _____ Fecha _____

To be completed by examiner – Esta parte debe ser completada por el examinador

Please check all that apply – Revise

Site Sitio	Normal	Abnormal Anormal	Not evaluated No se evaluó
Skin – Piel			
Ears – Oídos			
Nose – Nariz			
Oral cavity – Cavidad oral			
Oropharynx – Orofaringe			
Larynx – Laringe			
Salivary glands – Glandulas salivales			
Thyroid glands – Glandulas tiroides			
Neck – Cuello			



____ Routine follow-up with primary care physician – Seguimiento de rutina con medico general
 ____ Routine follow-up with primary care physician – Requiere una evaluación adicional de cabeza y cuello
 ____ Immediate consultation for suspected neoplasm – Consulta inmediata por sospecha de neoplasia
 Other – Otro _____

Signature – Firma _____ Date – Fecha _____