



# EVALUACION PARA LA DETECCION DE CANCER EN CAVIDAD ORAL, CABEZA Y CUELLO



**Esta parte debe ser completada por el Participante :** Por favor escriba:

Nombre(s) \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 MDF \_\_\_\_\_ Fem \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Pais \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
 Telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO

He sido tratado por cancer de piel en el area de cabeza y cuello: Si No Otro tipo de Cancer: Si No  
 Localizacion \_\_\_\_\_

Tengo familiares que han sido tratados por cancer en cabeza y cuello: Si No Localizacion \_\_\_\_\_

He tenido anteriormente tratamiento medico, quirurgico o con radiacion en el area de cabeza y cuello: Si No  
 Localizacion \_\_\_\_\_

Actualmente uso tabaco (por favor circule): Masticado Snuff Cigarrillos Puro Pipa Ninguno

He usado anteriormente tabaco (por favor circule): Masticado Snuff Cigarrillos Puro Pipa Ninguno

A lo largo de mi vida, he usado tabaco por \_\_\_\_\_ años con un promedio de \_\_\_\_\_ paquetes por dia..

He consumido bebidas alcoholicas por un total de \_\_\_\_\_ años con un promedio de \_\_\_\_\_ bebidas por dia. Ninguno

Por favor circule los siguientes problemas de cabeza y cuello que usted actualmente tenga:

<b>Cambio en la voz</b>	<b>Sangrado</b>	<b>Dolor de oido</b>	<b>Inflamacion en la cabeza/cuello</b>
<b>Dolor de garganta</b>	<b>Tumoracion en garganta</b>	<b>Dificultad para deglutir</b>	<b>Problemas dentales</b>
<b>Dolor en la boca</b>	<b>Problemas en dientes/encias</b>	<b>Aumento de volumen en el cuello</b>	

Sabia usted que cualquiera de estos sintomas podria ser un signo temprano de cancer en cabeza y cuello? Si No

Alguna vez alguien le habia ensenado como realizar una auto-examinacion oral? Si No

Estaria interesado en ser voluntario para promover el conocimiento y conciencia de esta enfermedad? Si No

Este programa ha incrementado su conocimiento y conciencia acerca de esta enfermedad? Si No

### LIBERACION DE RESPONSABILIDAD Y OBLIGACION

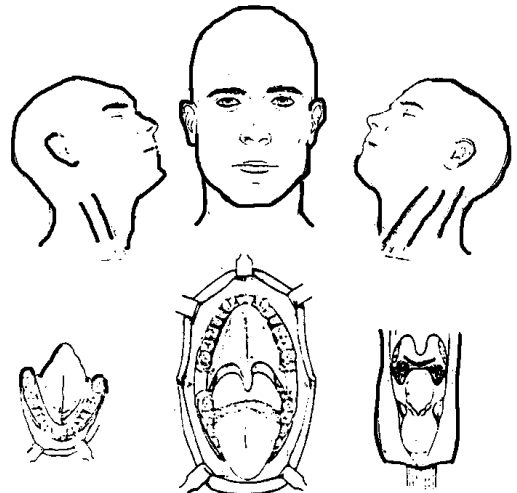
Por medio de la presente yo libero a la Fundacion para el Cancer de Cabeza y Cuello Yul Brynner (Yul Brynner Head and Neck Cancer Foundation), a los medicos evaluadores e instalaciones, y a todo aquel personal de salud de cualquiera y todas las responsabilidades asociadas con esta evaluacion y sus resultados. Yo acepto toda la responsabilidad por la examinacion, programacion futura y costos de una evaluacion medica adicional, asi como de los exámenes diagnosticos y tratamientos que se realizen por cualquier recomendacion dada. Yo entiendo que esta examinacion no intenta ser una examinacion completa de cabeza y cuello o sustituir cualquier examinacion realizada por futuros o pasados medicos. Yo soy responsable de cualquier examen, examinacion o evaluacion de seguimiento y libero a todas las demas partes de cualquier responsabilidad. Los resultados de esta examinacion y la informacion en este documento pueden ser utilizados por la Fundacion para el Cancer de Cabeza y Cuello Yul Brynner (Yul Brynner Head and Neck Cancer Foundation) para propositos estadisticos y clinicos, pero mi nombre no sera mostrado a cualquier otra persona u organizacion sin mi consentimiento escrito

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### EXAMINACION

**Esta parte debe ser completada por el Examinador:** Revise:

SITIO	Normal	Anormal	No se evaluo
Piel	_____	_____	_____
Oidos	_____	_____	_____
Nariz	_____	_____	_____
Cavidad Oral	_____	_____	_____
Orofaringe	_____	_____	_____
Laringe	_____	_____	_____
Glandulas Salivales	_____	_____	_____
Glandula Tiroides	_____	_____	_____
Cuello	_____	_____	_____



1. \_\_\_\_\_ Seguimiento de rutina con medico de cuidados primarios
2. \_\_\_\_\_ Puede necesitar una evaluacion adicional de cabeza y cuello
3. \_\_\_\_\_ Consulta inmediata por sospecha de neoplasia
4. \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_