

CABEZA Y CUELLO (FOSAS NASALES-SENOS PERINASALES)

I-REMISIÓN

REMITIDO POR : <input type="checkbox"/> No remitido <input type="checkbox"/> Atención primaria <input type="checkbox"/> Programa de control <input type="checkbox"/> Atención secundaria	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
---	--

II-ANAMNESIS

1. MOTIVO DE CONSULTA <input type="checkbox"/> 1.Obstrucción nasal <input type="checkbox"/> 5.Dolor <input type="checkbox"/> 9.Diplopía <input type="checkbox"/> 2.Secreción nasal <input type="checkbox"/> 6.Aparición lesión <input type="checkbox"/> 10.Mareos <input type="checkbox"/> 3.Sangramiento <input type="checkbox"/> 7.Disminución audición <input type="checkbox"/> 11.Otros <input type="checkbox"/> 4.Nódulo cervical <input type="checkbox"/> 8.Aumento Volumen 2. PRIMER SÍNTOMA: _____ 3. TIEMPO DE APARICIÓN <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> Días Meses Años </div>	
---	--

III- ANTECEDENTES

1. PERSONALES DE RIESGO <input type="checkbox"/> 1.Ninguno <input type="checkbox"/> 4.Ingestión bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> 2.Tabaquismo <input type="checkbox"/> 5.Trauma región de la lesión <input type="checkbox"/> 3.Exposición a irritantes <input type="checkbox"/> 6.Otro	2.PERSONALES PATOLÓGICOS <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pólipo nasofaringe <input type="checkbox"/> Infección crónica <input type="checkbox"/> Papilomas <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Pólipo nasal <input type="checkbox"/> Infección EBV <input type="checkbox"/> Neoplasia maligna Cual neoplasia: _____
3. FAMILIARES DE CÁNCER <input type="checkbox"/> 1.No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desconocido Si afirmativo: Cual (es) neoplasia (s): _____	

IV- EVALUACIÓN CLÍNICA

1. CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN <input type="radio"/> Vegetante <input type="radio"/> Necrosante <input type="radio"/> Infiltrante <input type="radio"/> Plana <input type="radio"/> Ulcero vegetante <input type="radio"/> Submucosa <input type="radio"/> Ulcero infiltrante <input type="radio"/> Nodular	2. REGIÓN <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Izquierda				
3.TAMAÑO DE LA LESIÓN (DIÁMETRO MAYOR) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> mm					
4.LOCALIZACIÓN <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"> FOSA NASAL <input type="checkbox"/> Piso de la fosa <input type="checkbox"/> Pared lateral <input type="checkbox"/> Tabique nasal <input type="checkbox"/> Toda la fosa </td> <td style="width: 33%; border: none;"> SENO MAXILAR <input type="checkbox"/> Segmento inferior <input type="checkbox"/> Segmento superior <input type="checkbox"/> Segmento anterior <input type="checkbox"/> Segmento posterior </td> <td style="width: 33%; border: none;"> OTROS SENOS <input type="checkbox"/> Seno frontal <input type="checkbox"/> Seno etmoidal <input type="checkbox"/> Seno esfenoidal </td> </tr> </table>			FOSA NASAL <input type="checkbox"/> Piso de la fosa <input type="checkbox"/> Pared lateral <input type="checkbox"/> Tabique nasal <input type="checkbox"/> Toda la fosa	SENO MAXILAR <input type="checkbox"/> Segmento inferior <input type="checkbox"/> Segmento superior <input type="checkbox"/> Segmento anterior <input type="checkbox"/> Segmento posterior	OTROS SENOS <input type="checkbox"/> Seno frontal <input type="checkbox"/> Seno etmoidal <input type="checkbox"/> Seno esfenoidal
FOSA NASAL <input type="checkbox"/> Piso de la fosa <input type="checkbox"/> Pared lateral <input type="checkbox"/> Tabique nasal <input type="checkbox"/> Toda la fosa	SENO MAXILAR <input type="checkbox"/> Segmento inferior <input type="checkbox"/> Segmento superior <input type="checkbox"/> Segmento anterior <input type="checkbox"/> Segmento posterior	OTROS SENOS <input type="checkbox"/> Seno frontal <input type="checkbox"/> Seno etmoidal <input type="checkbox"/> Seno esfenoidal			
5. ADENOPATÍAS CERVICALES <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> Derecho <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel-III <input type="checkbox"/> Nivel-I <input type="checkbox"/> Nivel-IV <input type="checkbox"/> Nivel-II <input type="checkbox"/> Nivel-V </td> <td style="width: 50%; border: none;"> Izquierdo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel-III <input type="checkbox"/> Nivel-I <input type="checkbox"/> Nivel-IV <input type="checkbox"/> Nivel-II <input type="checkbox"/> Nivel-V </td> </tr> </table>			Derecho <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel-III <input type="checkbox"/> Nivel-I <input type="checkbox"/> Nivel-IV <input type="checkbox"/> Nivel-II <input type="checkbox"/> Nivel-V	Izquierdo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel-III <input type="checkbox"/> Nivel-I <input type="checkbox"/> Nivel-IV <input type="checkbox"/> Nivel-II <input type="checkbox"/> Nivel-V	
Derecho <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel-III <input type="checkbox"/> Nivel-I <input type="checkbox"/> Nivel-IV <input type="checkbox"/> Nivel-II <input type="checkbox"/> Nivel-V	Izquierdo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel-III <input type="checkbox"/> Nivel-I <input type="checkbox"/> Nivel-IV <input type="checkbox"/> Nivel-II <input type="checkbox"/> Nivel-V				
6.EXTENSIÓN CLÍNICA A: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fosa nasal <input type="checkbox"/> Nasofaringe <input type="checkbox"/> Seno maxilar <input type="checkbox"/> contralateral <input type="checkbox"/> Piel y Partes blandas <input type="checkbox"/> Seno frontal <input type="checkbox"/> Fosa nasal <input type="checkbox"/> Hueso <input type="checkbox"/> Seno esfenoidal <input type="checkbox"/> Base de cráneo <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Orbita <input type="checkbox"/> Encía					

7.PERFORMANCE STATUS <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4						
1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	NOMBRE (ES)				
No. HISTORIA CLÍNICA	No. CARNET DE IDENTIDAD:	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	EDAD	RAZA	FECHA DE INSCRIPCIÓN: (dd/mm/aa) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

