

## I-REMISIÓN

REMITIDO POR :

- No remitido   
  Atención primaria   
  Programa de control   
  Atención secundaria

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

- No   
  Si

## II-ANAMNESIS

1. MOTIVO DE CONSULTA

- 1.Dolor   
  4.Pérdida de peso   
  7. Adenopatías  
 2.Íctero   
  5.Aumento de volumen abdomen   
  8. Otros  
 3.Vómito   
  6.Síntomas dispépticos

2. PRIMER SÍNTOMA: \_\_\_\_\_

3. TIEMPO DE APARICIÓN

Días

Mes (s)

Año (s)

## III- ANTECEDENTES

1. PERSONALES DE RIESGO

- Ninguno   
  Ingestión bebidas alcohólicas  
 Tabaquismo   
  Exposición a irritantes  
 Otro

2.PERSONALES PATOLÓGICOS

- Ninguno   
  Cirrosis Hepática   
  Neoplasia maligna  
 Infección HCV   
  Litiasis vesicular

Cual neoplasia: \_\_\_\_\_

3. FAMILIARES DE CÁNCER

- No   
  Si   
  Desconocido

Si afirmativo: Cual neoplasia \_\_\_\_\_

## IV- EXAMEN FÍSICO

1. SIGNOS FÍSICOS

- Tumor palpable   
  Palidez   
  Circulación colateral  
 Hepatomegalia   
  Íctero   
  Telangetasias  
 Ascitis   
  Edemas   
  Otros

3.TAMAÑO DE LA LESIÓN (DIÁMETRO MAYOR)

   mm

4.LOCALIZACIÓN

HÍGADO

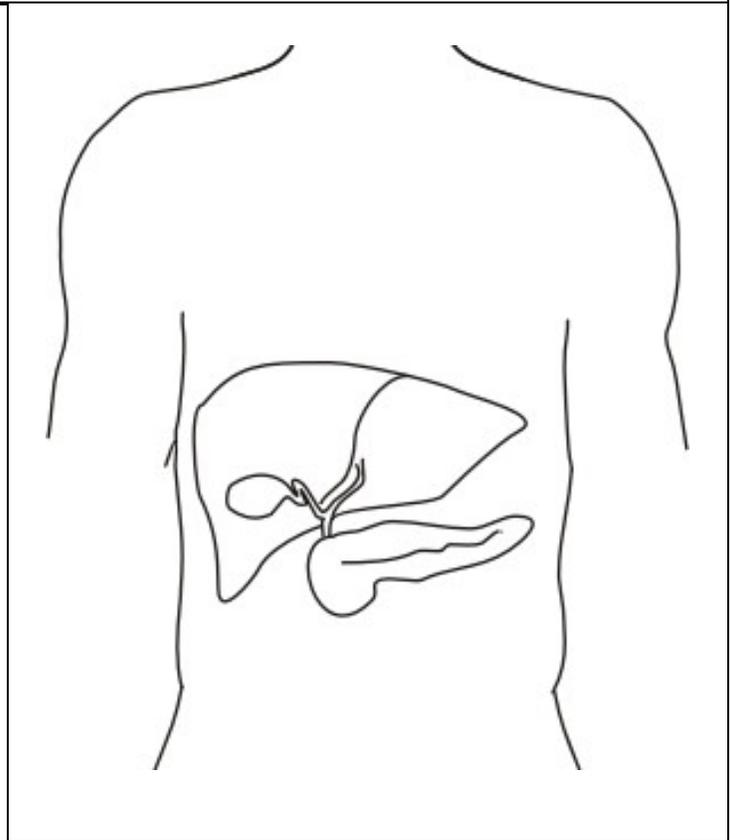
- Lóbulo derecho   
  Intrahépaticas   
  Colédoco  
 Lóbulo izquierdo   
  Extrahépaticas   
  Esfínter de Oddi  
 Ambos lóbulos   
  Vesícula biliar

PÁNCREAS

- Cabeza   
  Ilio hepático   
  Otras intrabdominales  
 Cuerpo   
  Peripancreáticas   
  Supraclaviculares  
 Cola   
  Perigástricas   
  Otras

5.EXTENSIÓN CLÍNICA A:

- No   
  Intestino delgado   
  Retroperitoneo  
 Estómago   
  Colon transversal   
  Otro



6.PERFORMANCE STATUS   
 0   
 1   
 2   
 3   
 4

1ER APELLIDO

2DO APELLIDO

NOMBRE (ES)

No. HISTORIA CLÍNICA

No. CARNET DE IDENTIDAD:

SEXO  
 M  
 F

EDAD

RAZA

FECHA DE INSCRIPCIÓN: (dd/mm/aa)

