

I-REMISIÓN

REMISIÓN : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Atención primaria <input type="checkbox"/> Programa de pesquijaje <input type="checkbox"/> Atención secundaria <input type="checkbox"/> Otro	DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
--	---

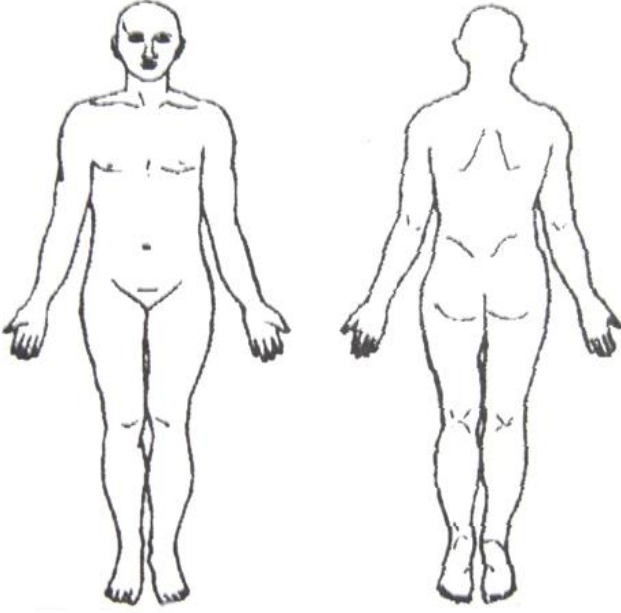
II-ANAMNESIS

1. MOTIVO DE CONSULTA <input type="checkbox"/> 1. Anemia <input type="checkbox"/> 6. Pérdida de peso >10% en 6 meses <input type="checkbox"/> 9. Cefalea <input type="checkbox"/> 2. Fiebre <input type="checkbox"/> 7. Sudoraciones nocturnas <input type="checkbox"/> 10. Lesiones Cutáneas <input type="checkbox"/> 3. Astenia <input type="checkbox"/> 8. Adenomegalias <input type="checkbox"/> 11. Dolor óseo <input type="checkbox"/> 4. Anorexia <input type="checkbox"/> 12. Tumor abdominal <input type="checkbox"/> 5. Sangramiento <input type="checkbox"/> 13. Otro	
2. FECHA DE PRIMEROS SÍNTOMAS (dd/mm/aa) ___/___/___	

III- ANTECEDENTES

1. PERSONALES <input type="checkbox"/> 1. Ninguno <input type="checkbox"/> 7. Inmunodeficiencia congénita <input type="checkbox"/> 2. Expos. a Radiaciones <input type="checkbox"/> 8. Artritis Reumatoide <input type="checkbox"/> 3. Quimioterapia <input type="checkbox"/> 9. Síndrome Sjogren <input type="checkbox"/> 4. Infección por HIV <input type="checkbox"/> 10. Otras enfermedades autoinmune <input type="checkbox"/> 5. Infección por EBV <input type="checkbox"/> 11. Trasplantado <input type="checkbox"/> 6. Infección por HCV <input type="checkbox"/> 12. Tratamiento inmunosupresores	2. OTROS PERSONALES <input type="checkbox"/> 1. Ninguno <input type="checkbox"/> 2. Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> 3. Cardiopatía isquémica <input type="checkbox"/> 4. HTA <input type="checkbox"/> 6. Neoplasias Malignas ¿Cual? _____	3. FAMILIARES DE CÁNCER <input type="checkbox"/> 1. Ninguno <input type="checkbox"/> 2. Linfoma <input type="checkbox"/> 3. Leucemia <input type="checkbox"/> 4. Otra neoplasia Cual(es)? _____
---	---	---

IV- EXAMEN FÍSICO

1. PERFORMAN STATUS ○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 2. SITIOS GANGLIONARES INVOLUCRADOS ○ SI ○ NO <input type="checkbox"/> Cervicales D <input type="checkbox"/> Mediastinales <input type="checkbox"/> Otros intraabdo. <input type="checkbox"/> Cervicales I <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Iliacos I <input type="checkbox"/> Supraclaviculares D <input type="checkbox"/> Intratorácicos <input type="checkbox"/> Iliacos D <input type="checkbox"/> Supraclaviculares I <input type="checkbox"/> Perigástricos <input type="checkbox"/> Inguinales I <input type="checkbox"/> Axilares D <input type="checkbox"/> Mesentéricos <input type="checkbox"/> Inguinales D <input type="checkbox"/> Axilares I <input type="checkbox"/> Retroperitoneales <input type="checkbox"/> Otros ¿Cuál(es)? _____	
3. SITIOS EXTRAGANGLIONARES INVOLUCRADOS ○ SI ○ NO <input type="checkbox"/> Médula Ósea <input type="checkbox"/> Anillo Waldeyer <input type="checkbox"/> Ciego-Apéndice <input type="checkbox"/> Sangre periférica <input type="checkbox"/> Faringe <input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> Piel subcutáneo <input type="checkbox"/> Pulmón <input type="checkbox"/> Recto <input type="checkbox"/> Conjuntiva <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Riñón <input type="checkbox"/> Orbita <input type="checkbox"/> Estómago <input type="checkbox"/> Tracto urinario <input type="checkbox"/> Ocular <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Ovario <input type="checkbox"/> Cerebro <input type="checkbox"/> Bazo <input type="checkbox"/> Testículo <input type="checkbox"/> Meninges <input type="checkbox"/> Páncreas <input type="checkbox"/> Derrame pleural <input type="checkbox"/> Cavidad Nasal <input type="checkbox"/> Duodeno <input type="checkbox"/> Hueso monostótico <input type="checkbox"/> Glándula salivar <input type="checkbox"/> Yeyuno <input type="checkbox"/> Hueso polioestótico <input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Íleo <input type="checkbox"/> Otros Cuál(es)? _____	
4. DIAMETRO MAYOR (CM) ○ <7 ○ 7-10 ○ ≥ 10 ○ NE Sitio: _____	

V-INVESTIGACIONES (LABORATORIO CLÍNICO)

<input type="checkbox"/> 1. Hemoglobina _____ g/L	<input type="checkbox"/> 2. Creatinina _____ μmol/L	<input type="checkbox"/> LDH _____ U/L
<input type="checkbox"/> 2. Leucocitos _____ x 10 ⁹	<input type="checkbox"/> 3. Proteínas totales _____ g/L	<input type="checkbox"/> B2 microglobulina _____ mg/L
<input type="checkbox"/> 3. VSG _____ mm	<input type="checkbox"/> 4. Albumina _____ g/L	<input type="checkbox"/> Calcio sérico _____ mmol/L

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)

