

**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.Leucocoria <input type="checkbox"/> 6.Enrojecimiento ocular <input type="checkbox"/> 11. Anisocoria <input type="checkbox"/> 2.Estrabismo <input type="checkbox"/> 7. Midriasis parálitica <input type="checkbox"/> 12. Hifema <input type="checkbox"/> 3.Lagrimo <input type="checkbox"/> 8. Nódulos en el iris <input type="checkbox"/> 13.Otros <input type="checkbox"/> 4.Glaucoma <input type="checkbox"/> 9. Endoftalmitis <input type="checkbox"/> 5.Exoftalmos <input type="checkbox"/> 10. Ptisis bulbi	
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="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Días</span> <span>Meses</span> <span>Años</span> </div>	

**III- ANTECEDENTES**

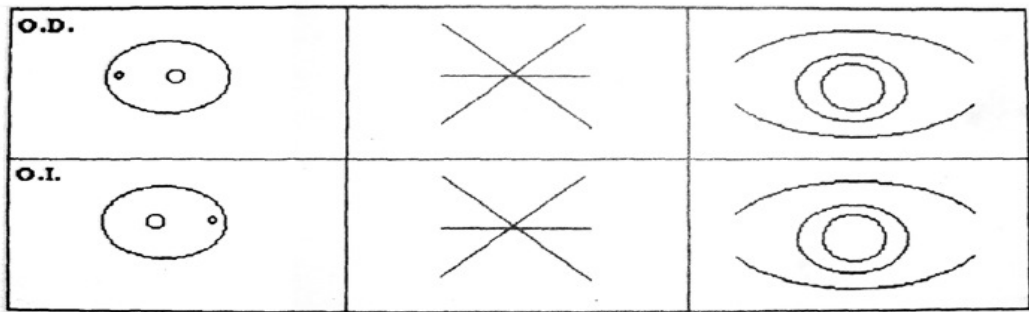
1. PERSONALES DE RIESGO <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Exposición a radiaciones ionizantes <input type="checkbox"/> Exposición a sustancias químicas <input type="checkbox"/> Uso de quimioterapia <input type="checkbox"/> Padres edad avanzada <input type="checkbox"/> Madre expuesta a quimioterapia <input type="checkbox"/> Madre expuesta a radiaciones ionizantes <input type="checkbox"/> Madre expuesta a sustancias químicas	2.PATOLÓGICOS PERSONALES <input type="checkbox"/> Hemihipertrofia <input type="checkbox"/> Aniridia <input type="checkbox"/> Infección citomegalovirus <input type="checkbox"/> Anemia de Fanconi <input type="checkbox"/> Síndrome neurocutáneo <input type="checkbox"/> Albinismo <input type="checkbox"/> Síndrome Bloch-Sulzbnegr <input type="checkbox"/> Retraso mental <input type="checkbox"/> Xeroderma pigmentoso <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Heterocromia del iris <input type="checkbox"/> Neoplasia maligna <input type="checkbox"/> Síndrome de Down Cual neoplasia: _____	3. FAMILIARES RETINOBLASTOMA <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Familiar</td> <td style="text-align: center;">Bilateral</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ninguno</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Madre</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Padre</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro familiar</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desconocido</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	Familiar	Bilateral	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Otro familiar	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="radio"/>
Familiar	Bilateral													
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="radio"/>													
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="radio"/>													
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="radio"/>													
<input type="checkbox"/> Otro familiar	<input type="radio"/>													
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="radio"/>													

4.GEMELARIDAD <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Homocigótico <input type="checkbox"/> Heterocigótico <input type="checkbox"/> No definido	5.SÍNDROMES GENÉTICOS HEREDITARIOS <input type="checkbox"/> Hamartomatosis <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia primaria <input type="checkbox"/> No precisado <input type="checkbox"/> Síndrome neurocutaneo <input type="checkbox"/> Xeroderma pigmentoso <input type="checkbox"/> Otros Cual?: _____	6.FAMILIARES DE CANCER <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desconocido Cual(es): _____
--	--	---

**IV- EVALUACIÓN CLÍNICA**

1. CARACTERÍSTICAS <input type="radio"/> Vegetante <input type="radio"/> Infiltrante <input type="radio"/> Ulcero infiltrante <input type="radio"/> Ulcero vegetante	2. REGIÓN <input type="checkbox"/> Ojo Izquierdo <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Bilateral	3. LOCALIZACIÓN <input type="checkbox"/> Retina <input type="checkbox"/> Ora serrata <input type="checkbox"/> Vecino nervio óptico <input type="checkbox"/> Limbo esclerocorneal	4.ADENOPATÍA REGIONAL <input type="radio"/> Homolateral <input type="radio"/> Contralateral <input type="radio"/> Bilateral
4.SIGNOS FÍSICOS <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leucocoria <input type="checkbox"/> Estrabismo <input type="checkbox"/> Heterocromía del iris <input type="checkbox"/> Rubiosis iris <input type="checkbox"/> Hifema	<input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Papiledema <input type="checkbox"/> Pseudohipopión <input type="checkbox"/> Pérdida de reflejo del FO total <input type="checkbox"/> Pérdida de reflejo del FO parcial <input type="checkbox"/> Hemorragia cámara anterior	<input type="checkbox"/> Hemorragia retina <input type="checkbox"/> Hemorragia vítrea <input type="checkbox"/> Desprendimiento retina <input type="checkbox"/> Reacción cilio conjuntival <input type="checkbox"/> Vasos de neoformación <input type="checkbox"/> Tumor palpable	5. EXTENCIÓN CLÍNICA A: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Nervio óptico <input type="checkbox"/> Córnea <input type="checkbox"/> Orbita <input type="checkbox"/> Parálisis muscular <input type="checkbox"/> Otro

6.PERFORMANCE STATUS     0     1     2     3     4



1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	NOMBRE (ES)
--------------	--------------	-------------

No. HISTORIA CLÍNICA	No. CARNET DE IDENTIDAD: <input style="width:100%;" type="text"/>	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	EDAD	RAZA	FECHA DE INSCRIPCIÓN: (dd/mm/aa) <input style="width:100%;" type="text"/>
----------------------	--	--	------	------	--

