

Importante

Este formulario debe ser completado por un miembro del equipo de tratamiento de oncología, como un trabajador social, enfermero/a, navegador o médico y enviado a Angel Foundation por correo electrónico a **grants@mnangel.org** o por fax al **(612) 338-3018**. Si necesita ayuda con el Formulario de Información Médica o tiene preguntas, comuníquese con Angel Foundation.

Información del paciente

Primer Nombre _____ Inicial de Segundo Nombre _____ Apellido _____
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) _____ / _____ / _____ Condado _____
Dirección _____ Departamento _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Información Médica

Tipo de Diagnóstico de Cáncer _____ Estadiio de Cancer _____

Tratamiento actual (por favor marque todos los que apliquen):

<input type="checkbox"/> Quimioterapia	Fecha del último (o siguiente) tratamiento _____
<input type="checkbox"/> Radiación	Fecha del último (o siguiente) tratamiento _____
<input type="checkbox"/> Inmunoterapia	Fecha del último (o siguiente) tratamiento _____
<input type="checkbox"/> Terapia Hormonal	Fecha del último (o siguiente) tratamiento _____
<input type="checkbox"/> Transplante de médula osea	Fecha de trasplante _____
<input type="checkbox"/> Cirugía	Fecha de la cirugía _____

¿La recuperación del paciente de la cirugía llevará al menos cuatro semanas? Si No

<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos	Fecha ingresada _____
<input type="checkbox"/> Cuidado de Hospicio	Fecha ingresada _____
<input type="checkbox"/> Otro Fecha y tipo	Fecha y tipo _____

Información Clínica

Nombre de la clínica _____ Condado _____
Dirección _____ Suite _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Oncólogo/a _____

Doy fe de que el paciente tiene cáncer y actualmente está siendo tratado como se indicó anteriormente.

Nombre (en letra de imprenta)

Título

Firma

Fecha