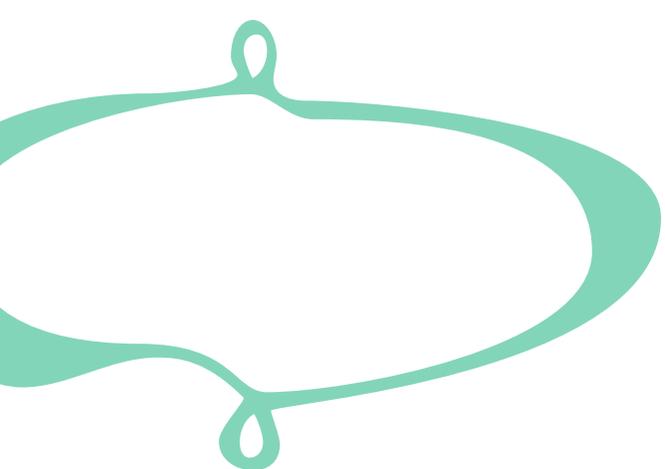
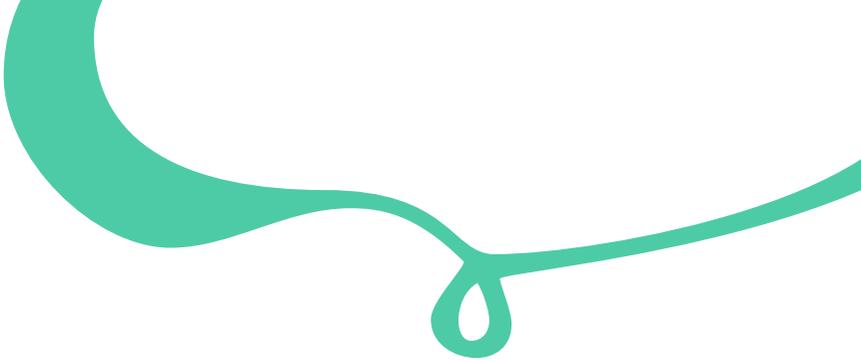




BITÁCORA
DE TRATAMIENTO PARA NIÑOS CON CÁNCER

Complemento del libro *Caminemos juntos*



BITÁCORA

DE TRATAMIENTO PARA NIÑOS CON CÁNCER

Complemento del libro *Caminemos juntos*

* MI HOSPITAL

NOMBRE HOSPITAL _____

TELÉFONO UNIDAD HOSPITALIZADO _____

TELÉFONO UNIDAD AMBULATORIA _____

* MIS DATOS

NOMBRE DEL NIÑO (A) _____

RUT _____

TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____

NÚMERO DE FICHA _____

DIAGNÓSTICO _____

FECHA DE DIAGNÓSTICO _____

GRUPO DE SANGRE _____

ALERGIAS			
	SÍ	NO	FECHA
ASPARAGINASA			
ONCOPAR			
CITARABINA			
PLAQUETAS			
GLÓBULOS ROJOS			

* MIS VACUNAS

MIS VACUNAS		
TIPO DE VACUNA	CONTRA QUE ENFERMEDAD ME PROTEGE	FECHA EN QUE ME LA PUSIERON

* QUIMIOTERAPIAS

QUIMIOTERAPIA

FECHA DE PRIMER CICLO DE QUIMIOTERAPIA _____

FECHA DE ÚLTIMO CICLO DE QUIMIOTERAPIA _____

QUIMIOTERAPIA DE MANTENCIÓN

NO NECESITÉ _____

FECHA DE INICIO _____ FECHA DE TÉRMINO _____

QUIMIOTERAPIA METRONÓMICA

NO NECESITÉ _____

FECHA DE INICIO _____ FECHA DE TÉRMINO _____

FECHA FIN DE TRATAMIENTO _____

FECHA INICIO DE SEGUIMIENTO _____

* IMÁGENES Y CIRUGÍAS

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)

FECHA

SITIO

RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR

FECHA

SITIO

* IMÁGENES Y CIRUGÍAS

ECOGRAFÍA	
FECHA	SITIO

PET CT	
FECHA	SITIO

CIRUGÍAS	
FECHA	SITIO

* MI CATÉTER VENOSO CENTRAL (Ver capítulo 7 del libro *Caminemos Juntos*)

TIPO DE CATÉTER _____

FECHA DE INSTALACIÓN _____

TAMAÑO GRIPPER _____

FECHA DE RETIRO _____

¿POR QUÉ ME LO RETIRARON? _____

¿HE TENIDO PROBLEMAS CON MI CATÉTER?

FECHA	NO REFLUYÓ	SE TAPÓ	SE INFECTÓ	COMENTARIOS

* MI NUEVO CATÉTER VENOSO CENTRAL

TIPO DE CATÉTER _____

FECHA DE INSTALACIÓN _____

TAMAÑO GRIPPER _____

FECHA DE RETIRO _____

¿POR QUÉ ME LO RETIRARON?

¿HE TENIDO PROBLEMAS CON MI CATÉTER?

FECHA	NO REFLUYÓ	SE TAPÓ	SE INFECTÓ	COMENTARIOS

RECUERDA QUE AL TÉRMINO DEL TRATAMIENTO DEBES
SEGUIR **HEPARINIZANDO TU CATÉTER CADA MES**
O MÁXIMO CADA 3 MESES

**¿CUÁNDO HA SIDO HEPARINIZADO MI CATÉTER
O HE TENIDO PROBLEMAS CON MI CATÉTER?**

FECHA	HEPARINIZACIÓN	PROBLEMAS O COMENTARIOS

MIS TRANSFUSIONES (Ver capítulo 5 del libro *Caminemos Juntos*)

FECHA TRANSFUSIÓN			
RESULTADOS DEL HEMOGRAMA	HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA	PLAQUETAS
TIPO DE TRANSFUSIÓN QUE RECIBÍ	<input type="radio"/> GLÓBULOS ROJOS		<input type="radio"/> PLASMA
	<input type="radio"/> PLAQUETAS		<input type="radio"/> CRIOPRECIPITADO
PREMEDICACIÓN	<input type="radio"/> NO NECESITÉ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
¿PRESENTÉ ALGUNA REACCIÓN ALÉRGICA?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> RONCHAS/GRANITOS	<input type="radio"/> PICAZÓN
	<input type="radio"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA	<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> _____
TRATAMIENTO QUE ME DIERON PARA LA ALERGIA	<input type="radio"/> NO SE TRATÓ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____

FECHA TRANSFUSIÓN			
RESULTADOS DEL HEMOGRAMA	HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA	PLAQUETAS
TIPO DE TRANSFUSIÓN QUE RECIBÍ	<input type="radio"/> GLÓBULOS ROJOS		<input type="radio"/> PLASMA
	<input type="radio"/> PLAQUETAS		<input type="radio"/> CRIOPRECIPITADO
PREMEDICACIÓN	<input type="radio"/> NO NECESITÉ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
¿PRESENTÉ ALGUNA REACCIÓN ALÉRGICA?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> RONCHAS/GRANITOS	<input type="radio"/> PICAZÓN
	<input type="radio"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA	<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> _____
TRATAMIENTO QUE ME DIERON PARA LA ALERGIA	<input type="radio"/> NO SE TRATÓ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____

MIS TRANSFUSIONES (Ver capítulo 5 del libro *Caminemos Juntos*)

FECHA TRANSFUSIÓN			
RESULTADOS DEL HEMOGRAMA	HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA	PLAQUETAS
TIPO DE TRANSFUSIÓN QUE RECIBÍ	<input type="radio"/> GLÓBULOS ROJOS		<input type="radio"/> PLASMA
	<input type="radio"/> PLAQUETAS		<input type="radio"/> CRIOPRECIPITADO
PREMEDICACIÓN	<input type="radio"/> NO NECESITÉ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
¿PRESENTÉ ALGUNA REACCIÓN ALÉRGICA?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> RONCHAS/GRANITOS	<input type="radio"/> PICAZÓN
	<input type="radio"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA	<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> _____
TRATAMIENTO QUE ME DIERON PARA LA ALERGIA	<input type="radio"/> NO SE TRATÓ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____

FECHA TRANSFUSIÓN			
RESULTADOS DEL HEMOGRAMA	HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA	PLAQUETAS
TIPO DE TRANSFUSIÓN QUE RECIBÍ	<input type="radio"/> GLÓBULOS ROJOS		<input type="radio"/> PLASMA
	<input type="radio"/> PLAQUETAS		<input type="radio"/> CRIOPRECIPITADO
PREMEDICACIÓN	<input type="radio"/> NO NECESITÉ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
¿PRESENTÉ ALGUNA REACCIÓN ALÉRGICA?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> RONCHAS/GRANITOS	<input type="radio"/> PICAZÓN
	<input type="radio"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA	<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> _____
TRATAMIENTO QUE ME DIERON PARA LA ALERGIA	<input type="radio"/> NO SE TRATÓ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____

MIS TRANSFUSIONES (Ver capítulo 5 del libro *Caminemos Juntos*)

FECHA TRANSFUSIÓN			
RESULTADOS DEL HEMOGRAMA	HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA	PLAQUETAS
TIPO DE TRANSFUSIÓN QUE RECIBÍ	<input type="radio"/> GLÓBULOS ROJOS		<input type="radio"/> PLASMA
	<input type="radio"/> PLAQUETAS		<input type="radio"/> CRIOPRECIPITADO
PREMEDICACIÓN	<input type="radio"/> NO NECESITÉ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
¿PRESENTÉ ALGUNA REACCIÓN ALÉRGICA?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> RONCHAS/GRANITOS	<input type="radio"/> PICAZÓN
	<input type="radio"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA	<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> _____
TRATAMIENTO QUE ME DIERON PARA LA ALERGIA	<input type="radio"/> NO SE TRATÓ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____

FECHA TRANSFUSIÓN			
RESULTADOS DEL HEMOGRAMA	HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA	PLAQUETAS
TIPO DE TRANSFUSIÓN QUE RECIBÍ	<input type="radio"/> GLÓBULOS ROJOS		<input type="radio"/> PLASMA
	<input type="radio"/> PLAQUETAS		<input type="radio"/> CRIOPRECIPITADO
PREMEDICACIÓN	<input type="radio"/> NO NECESITÉ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
¿PRESENTÉ ALGUNA REACCIÓN ALÉRGICA?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> RONCHAS/GRANITOS	<input type="radio"/> PICAZÓN
	<input type="radio"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA	<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> _____
TRATAMIENTO QUE ME DIERON PARA LA ALERGIA	<input type="radio"/> NO SE TRATÓ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____

MIS TRANSFUSIONES (Ver capítulo 5 del libro *Caminemos Juntos*)

FECHA TRANSFUSIÓN			
RESULTADOS DEL HEMOGRAMA	HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA	PLAQUETAS
TIPO DE TRANSFUSIÓN QUE RECIBÍ	<input type="radio"/> GLÓBULOS ROJOS		<input type="radio"/> PLASMA
	<input type="radio"/> PLAQUETAS		<input type="radio"/> CRIOPRECIPITADO
PREMEDICACIÓN	<input type="radio"/> NO NECESITÉ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
¿PRESENTÉ ALGUNA REACCIÓN ALÉRGICA?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> RONCHAS/GRANITOS	<input type="radio"/> PICAZÓN
	<input type="radio"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA	<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> _____
TRATAMIENTO QUE ME DIERON PARA LA ALERGIA	<input type="radio"/> NO SE TRATÓ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____

FECHA TRANSFUSIÓN			
RESULTADOS DEL HEMOGRAMA	HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA	PLAQUETAS
TIPO DE TRANSFUSIÓN QUE RECIBÍ	<input type="radio"/> GLÓBULOS ROJOS		<input type="radio"/> PLASMA
	<input type="radio"/> PLAQUETAS		<input type="radio"/> CRIOPRECIPITADO
PREMEDICACIÓN	<input type="radio"/> NO NECESITÉ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
¿PRESENTÉ ALGUNA REACCIÓN ALÉRGICA?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> RONCHAS/GRANITOS	<input type="radio"/> PICAZÓN
	<input type="radio"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA	<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> _____
TRATAMIENTO QUE ME DIERON PARA LA ALERGIA	<input type="radio"/> NO SE TRATÓ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____

MIS TRANSFUSIONES (Ver capítulo 5 del libro *Caminemos Juntos*)

FECHA TRANSFUSIÓN			
RESULTADOS DEL HEMOGRAMA	HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA	PLAQUETAS
TIPO DE TRANSFUSIÓN QUE RECIBÍ	<input type="radio"/> GLÓBULOS ROJOS		<input type="radio"/> PLASMA
	<input type="radio"/> PLAQUETAS		<input type="radio"/> CRIOPRECIPITADO
PREMEDICACIÓN	<input type="radio"/> NO NECESITÉ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
¿PRESENTÉ ALGUNA REACCIÓN ALÉRGICA?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> RONCHAS/GRANITOS	<input type="radio"/> PICAZÓN
	<input type="radio"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA	<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> _____
TRATAMIENTO QUE ME DIERON PARA LA ALERGI A	<input type="radio"/> NO SE TRATÓ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____

FECHA TRANSFUSIÓN			
RESULTADOS DEL HEMOGRAMA	HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA	PLAQUETAS
TIPO DE TRANSFUSIÓN QUE RECIBÍ	<input type="radio"/> GLÓBULOS ROJOS		<input type="radio"/> PLASMA
	<input type="radio"/> PLAQUETAS		<input type="radio"/> CRIOPRECIPITADO
PREMEDICACIÓN	<input type="radio"/> NO NECESITÉ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
¿PRESENTÉ ALGUNA REACCIÓN ALÉRGICA?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> RONCHAS/GRANITOS	<input type="radio"/> PICAZÓN
	<input type="radio"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA	<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> _____
TRATAMIENTO QUE ME DIERON PARA LA ALERGI A	<input type="radio"/> NO SE TRATÓ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____

MIS TRANSFUSIONES (Ver capítulo 5 del libro *Caminemos Juntos*)

FECHA TRANSFUSIÓN			
RESULTADOS DEL HEMOGRAMA	HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA	PLAQUETAS
TIPO DE TRANSFUSIÓN QUE RECIBÍ	<input type="radio"/> GLÓBULOS ROJOS		<input type="radio"/> PLASMA
	<input type="radio"/> PLAQUETAS		<input type="radio"/> CRIOPRECIPITADO
PREMEDICACIÓN	<input type="radio"/> NO NECESITÉ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
¿PRESENTÉ ALGUNA REACCIÓN ALÉRGICA?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> RONCHAS/GRANITOS	<input type="radio"/> PICAZÓN
	<input type="radio"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA	<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> _____
TRATAMIENTO QUE ME DIERON PARA LA ALERGIA	<input type="radio"/> NO SE TRATÓ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____

FECHA TRANSFUSIÓN			
RESULTADOS DEL HEMOGRAMA	HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA	PLAQUETAS
TIPO DE TRANSFUSIÓN QUE RECIBÍ	<input type="radio"/> GLÓBULOS ROJOS		<input type="radio"/> PLASMA
	<input type="radio"/> PLAQUETAS		<input type="radio"/> CRIOPRECIPITADO
PREMEDICACIÓN	<input type="radio"/> NO NECESITÉ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
¿PRESENTÉ ALGUNA REACCIÓN ALÉRGICA?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> RONCHAS/GRANITOS	<input type="radio"/> PICAZÓN
	<input type="radio"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA	<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> _____
TRATAMIENTO QUE ME DIERON PARA LA ALERGIA	<input type="radio"/> NO SE TRATÓ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____

MIS TRANSFUSIONES (Ver capítulo 5 del libro *Caminemos Juntos*)

FECHA TRANSFUSIÓN			
RESULTADOS DEL HEMOGRAMA	HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA	PLAQUETAS
TIPO DE TRANSFUSIÓN QUE RECIBÍ	<input type="radio"/> GLÓBULOS ROJOS		<input type="radio"/> PLASMA
	<input type="radio"/> PLAQUETAS		<input type="radio"/> CRIOPRECIPITADO
PREMEDICACIÓN	<input type="radio"/> NO NECESITÉ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
¿PRESENTÉ ALGUNA REACCIÓN ALÉRGICA?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> RONCHAS/GRANITOS	<input type="radio"/> PICAZÓN
	<input type="radio"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA	<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> _____
TRATAMIENTO QUE ME DIERON PARA LA ALERGIA	<input type="radio"/> NO SE TRATÓ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____

FECHA TRANSFUSIÓN			
RESULTADOS DEL HEMOGRAMA	HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA	PLAQUETAS
TIPO DE TRANSFUSIÓN QUE RECIBÍ	<input type="radio"/> GLÓBULOS ROJOS		<input type="radio"/> PLASMA
	<input type="radio"/> PLAQUETAS		<input type="radio"/> CRIOPRECIPITADO
PREMEDICACIÓN	<input type="radio"/> NO NECESITÉ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
¿PRESENTÉ ALGUNA REACCIÓN ALÉRGICA?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> RONCHAS/GRANITOS	<input type="radio"/> PICAZÓN
	<input type="radio"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA	<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> _____
TRATAMIENTO QUE ME DIERON PARA LA ALERGIA	<input type="radio"/> NO SE TRATÓ	<input type="radio"/> HIDROCORTISONA	<input type="radio"/> CLORFENAMINA
	<input type="radio"/> PARACETAMOL	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____

* QUIMIOTERAPIA

PROTOCOLO		FECHA DE INICIO	
N° DE CICLO		FECHA DE TÉRMINO	

¿QUÉ SÍNTOMAS TUVE ?

DURANTE LA QUIMIOTERAPIA			
<input type="radio"/> DECAIMIENTO	<input type="radio"/> FALTA DE APETITO	<input type="radio"/> PICAZÓN	<input type="radio"/> VÓMITOS
<input type="radio"/> DOLOR DE CABEZA	<input type="radio"/> DOLOR GENERAL	<input type="radio"/> ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/> NAÚSEAS
<input type="radio"/> DIARREA	<input type="radio"/> RONCHAS	<input type="radio"/> BAJA DE PRESIÓN	<input type="radio"/> PROBLEMAS PARA ORINAR
<input type="radio"/> OTROS SÍNTOMAS, CUÁLES?			
DESPUÉS DE LA QUIMIOTERAPIA			
<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> DIARREA	<input type="radio"/> HERIDAS EN BOCA	<input type="radio"/> MORETONES
<input type="radio"/> DOLOR DE PIERNAS	<input type="radio"/> PUNTOS ROJOS EN LA PIEL	<input type="radio"/> NAÚSEAS	<input type="radio"/> VÓMITOS
<input type="radio"/> SANGRADO	<input type="radio"/> ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/> FALTA DE APETITO	<input type="radio"/> HERIDAS EN ZONA GENITAL
<input type="radio"/> DECAIMIENTO	<input type="radio"/> OTROS SÍNTOMAS, CUÁLES? _____		

BITÁCORA POST QUIMIOTERAPIA En esta sección usted podrá describir cualquier signo, síntoma o situación especial relacionada con la quimioterapia que no esté considerada en los registros anteriores.

FECHA

SI SU HIJA/O PRESENTA FIEBRE, SANGRADO, CONVULSIÓN, PROBLEMAS PARA RESPIRAR, DIARREA Y/O VÓMITOS ABUNDANTES ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIAS.

RECORDAR DECIR AL ENTRAR QUE SU HIJA/O ES PACIENTE ONCOLÓGICO.

* QUIMIOTERAPIA

PROTOCOLO		FECHA DE INICIO	
N° DE CICLO		FECHA DE TÉRMINO	

¿QUÉ SÍNTOMAS TUVE ?

DURANTE LA QUIMIOTERAPIA

- | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> DECAIMIENTO | <input type="radio"/> FALTA DE APETITO | <input type="radio"/> PICAZÓN | <input type="radio"/> VÓMITOS |
| <input type="radio"/> DOLOR DE CABEZA | <input type="radio"/> DOLOR GENERAL | <input type="radio"/> ESTREÑIMIENTO | <input type="radio"/> NAÚSEAS |
| <input type="radio"/> DIARREA | <input type="radio"/> RONCHAS | <input type="radio"/> BAJA DE PRESIÓN | <input type="radio"/> PROBLEMAS PARA ORINAR |
| <input type="radio"/> OTROS SÍNTOMAS, CUÁLES? | | | |

DESPUÉS DE LA QUIMIOTERAPIA

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="radio"/> FIEBRE | <input type="radio"/> DIARREA | <input type="radio"/> HERIDAS EN BOCA | <input type="radio"/> MORETONES |
| <input type="radio"/> DOLOR DE PIERNAS | <input type="radio"/> PUNTOS ROJOS EN LA PIEL | <input type="radio"/> NAÚSEAS | <input type="radio"/> VÓMITOS |
| <input type="radio"/> SANGRADO | <input type="radio"/> ESTREÑIMIENTO | <input type="radio"/> FALTA DE APETITO | <input type="radio"/> HERIDAS EN ZONA GENITAL |
| <input type="radio"/> DECAIMIENTO | <input type="radio"/> OTROS SÍNTOMAS, CUÁLES? _____ | | |

BITÁCORA POST QUIMIOTERAPIA En esta sección usted podrá describir cualquier signo, síntoma o situación especial relacionada con la quimioterapia que no esté considerada en los registros anteriores.

FECHA

SI SU HIJA/O PRESENTA FIEBRE, SANGRADO, CONVULSIÓN, PROBLEMAS PARA RESPIRAR, DIARREA Y/O VÓMITOS ABUNDANTES ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIAS.

RECORDAR DECIR AL ENTRAR QUE SU HIJA/O ES PACIENTE ONCOLÓGICO.

* QUIMIOTERAPIA

PROTOCOLO		FECHA DE INICIO	
N° DE CICLO		FECHA DE TÉRMINO	

¿QUÉ SÍNTOMAS TUVE ?

DURANTE LA QUIMIOTERAPIA			
<input type="radio"/> DECAIMIENTO	<input type="radio"/> FALTA DE APETITO	<input type="radio"/> PICAZÓN	<input type="radio"/> VÓMITOS
<input type="radio"/> DOLOR DE CABEZA	<input type="radio"/> DOLOR GENERAL	<input type="radio"/> ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/> NAÚSEAS
<input type="radio"/> DIARREA	<input type="radio"/> RONCHAS	<input type="radio"/> BAJA DE PRESIÓN	<input type="radio"/> PROBLEMAS PARA ORINAR
<input type="radio"/> OTROS SÍNTOMAS, CUÁLES?			
DESPUÉS DE LA QUIMIOTERAPIA			
<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> DIARREA	<input type="radio"/> HERIDAS EN BOCA	<input type="radio"/> MORETONES
<input type="radio"/> DOLOR DE PIERNAS	<input type="radio"/> PUNTOS ROJOS EN LA PIEL	<input type="radio"/> NAÚSEAS	<input type="radio"/> VÓMITOS
<input type="radio"/> SANGRADO	<input type="radio"/> ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/> FALTA DE APETITO	<input type="radio"/> HERIDAS EN ZONA GENITAL
<input type="radio"/> DECAIMIENTO	<input type="radio"/> OTROS SÍNTOMAS, CUÁLES? _____		

BITÁCORA POST QUIMIOTERAPIA En esta sección usted podrá describir cualquier signo, síntoma o situación especial relacionada con la quimioterapia que no esté considerada en los registros anteriores.

FECHA

SI SU HIJA/O PRESENTA FIEBRE, SANGRADO, CONVULSIÓN, PROBLEMAS PARA RESPIRAR, DIARREA Y/O VÓMITOS ABUNDANTES ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIAS.

RECORDAR DECIR AL ENTRAR QUE SU HIJA/O ES PACIENTE ONCOLÓGICO.

* QUIMIOTERAPIA

PROTOCOLO		FECHA DE INICIO	
N° DE CICLO		FECHA DE TÉRMINO	

¿QUÉ SÍNTOMAS TUVE ?

DURANTE LA QUIMIOTERAPIA			
<input type="radio"/> DECAIMIENTO	<input type="radio"/> FALTA DE APETITO	<input type="radio"/> PICAZÓN	<input type="radio"/> VÓMITOS
<input type="radio"/> DOLOR DE CABEZA	<input type="radio"/> DOLOR GENERAL	<input type="radio"/> ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/> NAÚSEAS
<input type="radio"/> DIARREA	<input type="radio"/> RONCHAS	<input type="radio"/> BAJA DE PRESIÓN	<input type="radio"/> PROBLEMAS PARA ORINAR
<input type="radio"/> OTROS SÍNTOMAS, CUÁLES?			
DESPUÉS DE LA QUIMIOTERAPIA			
<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> DIARREA	<input type="radio"/> HERIDAS EN BOCA	<input type="radio"/> MORETONES
<input type="radio"/> DOLOR DE PIERNAS	<input type="radio"/> PUNTOS ROJOS EN LA PIEL	<input type="radio"/> NAÚSEAS	<input type="radio"/> VÓMITOS
<input type="radio"/> SANGRADO	<input type="radio"/> ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/> FALTA DE APETITO	<input type="radio"/> HERIDAS EN ZONA GENITAL
<input type="radio"/> DECAIMIENTO	<input type="radio"/> OTROS SÍNTOMAS, CUÁLES? _____		

BITÁCORA POST QUIMIOTERAPIA En esta sección usted podrá describir cualquier signo, síntoma o situación especial relacionada con la quimioterapia que no esté considerada en los registros anteriores.

FECHA

SI SU HIJA/O PRESENTA FIEBRE, SANGRADO, CONVULSIÓN, PROBLEMAS PARA RESPIRAR, DIARREA Y/O VÓMITOS ABUNDANTES ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIAS.

RECORDAR DECIR AL ENTRAR QUE SU HIJA/O ES PACIENTE ONCOLÓGICO.

* QUIMIOTERAPIA

PROTOCOLO		FECHA DE INICIO	
N° DE CICLO		FECHA DE TÉRMINO	

¿QUÉ SÍNTOMAS TUVE ?

DURANTE LA QUIMIOTERAPIA			
<input type="radio"/> DECAIMIENTO	<input type="radio"/> FALTA DE APETITO	<input type="radio"/> PICAZÓN	<input type="radio"/> VÓMITOS
<input type="radio"/> DOLOR DE CABEZA	<input type="radio"/> DOLOR GENERAL	<input type="radio"/> ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/> NAÚSEAS
<input type="radio"/> DIARREA	<input type="radio"/> RONCHAS	<input type="radio"/> BAJA DE PRESIÓN	<input type="radio"/> PROBLEMAS PARA ORINAR
<input type="radio"/> OTROS SÍNTOMAS, CUÁLES?			
DESPUÉS DE LA QUIMIOTERAPIA			
<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> DIARREA	<input type="radio"/> HERIDAS EN BOCA	<input type="radio"/> MORETONES
<input type="radio"/> DOLOR DE PIERNAS	<input type="radio"/> PUNTOS ROJOS EN LA PIEL	<input type="radio"/> NAÚSEAS	<input type="radio"/> VÓMITOS
<input type="radio"/> SANGRADO	<input type="radio"/> ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/> FALTA DE APETITO	<input type="radio"/> HERIDAS EN ZONA GENITAL
<input type="radio"/> DECAIMIENTO	<input type="radio"/> OTROS SÍNTOMAS, CUÁLES? _____		

BITÁCORA POST QUIMIOTERAPIA En esta sección usted podrá describir cualquier signo, síntoma o situación especial relacionada con la quimioterapia que no esté considerada en los registros anteriores.

FECHA

SI SU HIJA/O PRESENTA FIEBRE, SANGRADO, CONVULSIÓN, PROBLEMAS PARA RESPIRAR, DIARREA Y/O VÓMITOS ABUNDANTES ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIAS.

RECORDAR DECIR AL ENTRAR QUE SU HIJA/O ES PACIENTE ONCOLÓGICO.

* QUIMIOTERAPIA

PROTOCOLO		FECHA DE INICIO	
N° DE CICLO		FECHA DE TÉRMINO	

¿QUÉ SÍNTOMAS TUVE ?

DURANTE LA QUIMIOTERAPIA			
<input type="radio"/> DECAIMIENTO	<input type="radio"/> FALTA DE APETITO	<input type="radio"/> PICAZÓN	<input type="radio"/> VÓMITOS
<input type="radio"/> DOLOR DE CABEZA	<input type="radio"/> DOLOR GENERAL	<input type="radio"/> ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/> NAÚSEAS
<input type="radio"/> DIARREA	<input type="radio"/> RONCHAS	<input type="radio"/> BAJA DE PRESIÓN	<input type="radio"/> PROBLEMAS PARA ORINAR
<input type="radio"/> OTROS SÍNTOMAS, CUÁLES?			
DESPUÉS DE LA QUIMIOTERAPIA			
<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> DIARREA	<input type="radio"/> HERIDAS EN BOCA	<input type="radio"/> MORETONES
<input type="radio"/> DOLOR DE PIERNAS	<input type="radio"/> PUNTOS ROJOS EN LA PIEL	<input type="radio"/> NAÚSEAS	<input type="radio"/> VÓMITOS
<input type="radio"/> SANGRADO	<input type="radio"/> ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/> FALTA DE APETITO	<input type="radio"/> HERIDAS EN ZONA GENITAL
<input type="radio"/> DECAIMIENTO	<input type="radio"/> OTROS SÍNTOMAS, CUÁLES? _____		

BITÁCORA POST QUIMIOTERAPIA En esta sección usted podrá describir cualquier signo, síntoma o situación especial relacionada con la quimioterapia que no esté considerada en los registros anteriores.

FECHA

SI SU HIJA/O PRESENTA FIEBRE, SANGRADO, CONVULSIÓN, PROBLEMAS PARA RESPIRAR, DIARREA Y/O VÓMITOS ABUNDANTES ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIAS.

RECORDAR DECIR AL ENTRAR QUE SU HIJA/O ES PACIENTE ONCOLÓGICO.

* QUIMIOTERAPIA

PROTOCOLO		FECHA DE INICIO	
N° DE CICLO		FECHA DE TÉRMINO	

¿QUÉ SÍNTOMAS TUVE ?

DURANTE LA QUIMIOTERAPIA			
<input type="radio"/> DECAIMIENTO	<input type="radio"/> FALTA DE APETITO	<input type="radio"/> PICAZÓN	<input type="radio"/> VÓMITOS
<input type="radio"/> DOLOR DE CABEZA	<input type="radio"/> DOLOR GENERAL	<input type="radio"/> ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/> NAÚSEAS
<input type="radio"/> DIARREA	<input type="radio"/> RONCHAS	<input type="radio"/> BAJA DE PRESIÓN	<input type="radio"/> PROBLEMAS PARA ORINAR
<input type="radio"/> OTROS SÍNTOMAS, CUÁLES?			
DESPUÉS DE LA QUIMIOTERAPIA			
<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> DIARREA	<input type="radio"/> HERIDAS EN BOCA	<input type="radio"/> MORETONES
<input type="radio"/> DOLOR DE PIERNAS	<input type="radio"/> PUNTOS ROJOS EN LA PIEL	<input type="radio"/> NAÚSEAS	<input type="radio"/> VÓMITOS
<input type="radio"/> SANGRADO	<input type="radio"/> ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/> FALTA DE APETITO	<input type="radio"/> HERIDAS EN ZONA GENITAL
<input type="radio"/> DECAIMIENTO	<input type="radio"/> OTROS SÍNTOMAS, CUÁLES? _____		

BITÁCORA POST QUIMIOTERAPIA En esta sección usted podrá describir cualquier signo, síntoma o situación especial relacionada con la quimioterapia que no esté considerada en los registros anteriores.

FECHA

SI SU HIJA/O PRESENTA FIEBRE, SANGRADO, CONVULSIÓN, PROBLEMAS PARA RESPIRAR, DIARREA Y/O VÓMITOS ABUNDANTES ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIAS.

RECORDAR DECIR AL ENTRAR QUE SU HIJA/O ES PACIENTE ONCOLÓGICO.

* QUIMIOTERAPIA

PROTOCOLO		FECHA DE INICIO	
N° DE CICLO		FECHA DE TÉRMINO	

¿QUÉ SÍNTOMAS TUVE ?

DURANTE LA QUIMIOTERAPIA			
<input type="radio"/> DECAIMIENTO	<input type="radio"/> FALTA DE APETITO	<input type="radio"/> PICAZÓN	<input type="radio"/> VÓMITOS
<input type="radio"/> DOLOR DE CABEZA	<input type="radio"/> DOLOR GENERAL	<input type="radio"/> ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/> NAÚSEAS
<input type="radio"/> DIARREA	<input type="radio"/> RONCHAS	<input type="radio"/> BAJA DE PRESIÓN	<input type="radio"/> PROBLEMAS PARA ORINAR
<input type="radio"/> OTROS SÍNTOMAS, CUÁLES?			
DESPUÉS DE LA QUIMIOTERAPIA			
<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> DIARREA	<input type="radio"/> HERIDAS EN BOCA	<input type="radio"/> MORETONES
<input type="radio"/> DOLOR DE PIERNAS	<input type="radio"/> PUNTOS ROJOS EN LA PIEL	<input type="radio"/> NAÚSEAS	<input type="radio"/> VÓMITOS
<input type="radio"/> SANGRADO	<input type="radio"/> ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/> FALTA DE APETITO	<input type="radio"/> HERIDAS EN ZONA GENITAL
<input type="radio"/> DECAIMIENTO	<input type="radio"/> OTROS SÍNTOMAS, CUÁLES? _____		

BITÁCORA POST QUIMIOTERAPIA En esta sección usted podrá describir cualquier signo, síntoma o situación especial relacionada con la quimioterapia que no esté considerada en los registros anteriores.

FECHA

SI SU HIJA/O PRESENTA FIEBRE, SANGRADO, CONVULSIÓN, PROBLEMAS PARA RESPIRAR, DIARREA Y/O VÓMITOS ABUNDANTES ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIAS.

RECORDAR DECIR AL ENTRAR QUE SU HIJA/O ES PACIENTE ONCOLÓGICO.

* QUIMIOTERAPIA

PROTOCOLO		FECHA DE INICIO	
N° DE CICLO		FECHA DE TÉRMINO	

¿QUÉ SÍNTOMAS TUVE ?

DURANTE LA QUIMIOTERAPIA			
<input type="radio"/> DECAIMIENTO	<input type="radio"/> FALTA DE APETITO	<input type="radio"/> PICAZÓN	<input type="radio"/> VÓMITOS
<input type="radio"/> DOLOR DE CABEZA	<input type="radio"/> DOLOR GENERAL	<input type="radio"/> ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/> NAÚSEAS
<input type="radio"/> DIARREA	<input type="radio"/> RONCHAS	<input type="radio"/> BAJA DE PRESIÓN	<input type="radio"/> PROBLEMAS PARA ORINAR
<input type="radio"/> OTROS SÍNTOMAS, CUÁLES?			
DESPUÉS DE LA QUIMIOTERAPIA			
<input type="radio"/> FIEBRE	<input type="radio"/> DIARREA	<input type="radio"/> HERIDAS EN BOCA	<input type="radio"/> MORETONES
<input type="radio"/> DOLOR DE PIERNAS	<input type="radio"/> PUNTOS ROJOS EN LA PIEL	<input type="radio"/> NAÚSEAS	<input type="radio"/> VÓMITOS
<input type="radio"/> SANGRADO	<input type="radio"/> ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/> FALTA DE APETITO	<input type="radio"/> HERIDAS EN ZONA GENITAL
<input type="radio"/> DECAIMIENTO	<input type="radio"/> OTROS SÍNTOMAS, CUÁLES? _____		

BITÁCORA POST QUIMIOTERAPIA En esta sección usted podrá describir cualquier signo, síntoma o situación especial relacionada con la quimioterapia que no esté considerada en los registros anteriores.

FECHA

SI SU HIJA/O PRESENTA FIEBRE, SANGRADO, CONVULSIÓN, PROBLEMAS PARA RESPIRAR, DIARREA Y/O VÓMITOS ABUNDANTES ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIAS.

RECORDAR DECIR AL ENTRAR QUE SU HIJA/O ES PACIENTE ONCOLÓGICO.



**MIS CONTROLES
DE SALUD**

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS					
MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO	<input type="radio"/>	AMBULATORIA	<input type="radio"/>
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS					
MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS					
MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO	<input type="radio"/>	AMBULATORIA	<input type="radio"/>
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS					
MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO	<input type="radio"/>	AMBULATORIA	<input type="radio"/>
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO	<input type="radio"/>	AMBULATORIA	<input type="radio"/>
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>		AMBULATORIA <input type="radio"/>	
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO	<input type="radio"/>	AMBULATORIA	<input type="radio"/>
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO	<input type="radio"/>	AMBULATORIA	<input type="radio"/>
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
DE SANGRE	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
MIELOGRAMA <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
PUNCIÓN LUMBAR <input type="radio"/>	
OTRO	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO	<input type="radio"/>	AMBULATORIA	<input type="radio"/>
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO	<input type="radio"/>	AMBULATORIA	<input type="radio"/>
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO	<input type="radio"/>	AMBULATORIA	<input type="radio"/>
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS					
MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO	<input type="radio"/>	AMBULATORIA	<input type="radio"/>
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>		AMBULATORIA <input type="radio"/>	
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
DE SANGRE	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
MIELOGRAMA <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
PUNCIÓN LUMBAR <input type="radio"/>	
OTRO	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS					
MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>		AMBULATORIA <input type="radio"/>	
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO	<input type="radio"/>	AMBULATORIA	<input type="radio"/>
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

CONTROL DE SALUD

FECHA

PESO		TALLA		PA		PAM	
FC		SAT		T°			
FECHA ÚLTIMA QUIMIOTERAPIA				HOSPITALIZADO <input type="radio"/>	AMBULATORIA <input type="radio"/>		
¿QUIÉN ME ATENDIÓ EN ÉSTE CONTROL?							

FECHAS PRÓXIMOS EXÁMENES	
<u>DE SANGRE</u>	¿DEBO VENIR EN AYUNO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<u>MIELOGRAMA</u> <input type="radio"/>	NO OLVIDAR, SIEMPRE DEBES VENIR EN AYUNO
<u>PUNCIÓN LUMBAR</u> <input type="radio"/>	
<u>OTRO</u>	

PRÓXIMAS FECHAS IMPORTANTES	
FECHA PRÓXIMO CONTROL	
FECHA PRÓXIMA QUIMIOTERAPIA	
HOSPITALIZADO <input type="radio"/> AMBULATORIA <input type="radio"/>	

RECORDAR

MIS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	NÚMERO DE COMPRIMIDOS O ML DE JARABE QUE DEBO TOMAR	HORARIO	¿PARA QUÉ SIRVE?	OBSERVACIONES

DUDAS O COMENTARIOS PARA EL PRÓXIMO CONTROL

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS

* MIS QUIMIOTERAPIAS

FECHA DE INICIO

NOMBRE QUIMIOTERAPIA

DOSIS



DESCÁRGA AQUÍ
EL LIBRO
CAMINEMOS JUNTOS

© 2023, BITÁCORA de tratamiento para niños con cáncer

AUTORAS

Carolina Bastías
Daniela Carvajal
Verónica De la Maza
Virginia Fierro
Marcía Gallardo
Carolina Nicklas
María Eugenia Noriega
Valentina Vásquez
Paola Viveros

Diseño: Ángeles Vargas

PROYECTO FINANCIADO

Hospital Luis Calvo Mackenna
Fonís SA 21 10021
Fondecyt 1200964

Se imprimieron en 1.000 ejemplares en Santiago de Chile



Hospital de Niños
Dr. Luis Calvo Mackenna
Hospital Autogestionado de Alta Complejidad Fundado en 1942



A través de esta bitácora, queremos acompañarlos en el tratamiento que están por iniciar. Sabemos que es un proceso complejo y que incluye mucha información, la cual puede ser difícil de ordenar y de retener. Por este motivo, pensamos en entregarles esta bitácora, como un recurso que los ayude a llevar toda esa información de manera clara y que sea útil para ustedes y para la comunicación con el equipo de salud.

Esta bitácora ha sido elaborada para que puedan ir **registrando todos los momentos importantes del tratamiento**. Aquí encontrarán un espacio para organizar y anotar toda la información relacionada con este proceso, como por ejemplo, algunos resultados de exámenes, controles médicos, procedimientos, síntomas, dudas y recordatorios.

Los invitamos a conocerlo y a ir completándolo paso a paso, para que sigamos caminando juntos en este proceso.

Con cariño,
El equipo de salud.



Hospital de Niños
Dr. Luis Calvo Mackenna 
Hospital Autogestionado de Alta Complejidad. Fundado en 1942