

Alergias *(incluidas reacciones)*

Otras afecciones médicas

Efectos secundarios del tratamiento contra el cáncer

©2025, American Cancer Society, Inc. No. 0846.47 Rev. 11/25



DOBLE AQUÍ EN PRIMER LUGAR

Tratamientos contra el cáncer *(actuales o previos)*

Medicamentos actuales *(Incluir medicamentos de venta libre)*
Nombre/dosis/frecuencia



Sobreviviente de cáncer

☐ Tratamiento activo ☐ Tratamiento completado

Información personal

Nombre

Teléfono

Dirección

Edad: _____ Sexo asignado al nacer: _____ Estatura: _____

Contacto de emergencia

Nombre

Teléfono

☐ Sí ☐ No

Tengo un testamento vital o un poder legal permanente para atención médica

©2025, American Cancer Society, Inc. No. 0846.47 Rev. 11/25



DOBLE AQUÍ EN SEGUNDO LUGAR

Contactos de atención médica

EQUIPO DE ATENCIÓN DEL CÁNCER

Nombre

Teléfono

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

Nombre

Teléfono

HOSPITAL PREFERIDO

Nombre

FARMACIA

Nombre

Teléfono