



INFORMACIÓN DE SALUD

I. Identificación del Paciente que ha solicitado ayuda económica

Nombre: _____

Número de solicitud sometida: _____

Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Edad: _____ años

Género: F / M Nombre de custodio del paciente (si aplica): _____

II. Información sobre el profesional de salud que llena el formulario

Nombre: _____ Tipo de profesional: _____

Servicio ofrecido al paciente solicitante: _____

Nombre de la Clínica u Hospital: _____

Teléfono de la oficina: _____ - _____ - _____ Celular: _____ - _____ - _____

Correo electrónico: _____ @ _____

Dirección: _____

Nombre de la persona que completa el formulario (si otro): _____

Relación con profesional de la salud: _____

III. Información de Salud:

Tipo de cáncer: _____ Fecha de Diagnóstico: __/_____/____

Estado actual: _____

Diga si es un diagnóstico nuevo o recurrente: _____

