

CAMPAÑA NACIONAL de PREVENCIÓN de CÁNCER BUCAL 2024

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Esta evaluación es Gratuita y Voluntaria. De tener lesiones sospechosas, soy responsable en el seguimiento aconsejado por el examinador. Autorizo ser contactado para seguimiento a través de correo electrónico o teléfono:

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PACIENTE

Para ser completado por el paciente				Fecha
DNI		Edad		Sexo F M
Localidad		Provincia		
Fuma/Fumó	SI NO	Cantidad de cigarrillos por día		
Toma/Tomó bebidas con alcohol	SI NO	vino	cerveza	destilados
Toma Mate	SI NO	Litros por día	¿Hace cuánto toma mate?	
Temperatura	Muy caliente	caliente	tibio	
¿Tiene/tuvo molestias por roce? (trauma)		Diente o molar	Prótesis	
¿Tuvo cáncer bucal?	SI NO	En caso afirmativo indique cuál		
¿Tuvo algún familiar con cáncer bucal?	SI	NO	No sabe	
En caso afirmativo indique cuál				
¿Cómo se enteró de la campaña?		Diario/revista	Televisión	Carteles
Médico	Odontólogo	Internet	Radio	Otro
¿Usted sabía que existe el cáncer bucal?	SI NO			
¿Sabe cuáles son sus principales causas?	Mencione algunas			
¿Sabe cuáles pueden ser sus síntomas?	Mencione algunos			
¿Cómo se enteró que existe el cáncer bucal?	verbal	Diario/revista	internet	
	Sistema educativo	televisión	radio	
¿Alguna vez alguien le revisó la lengua?	SI	NO	No sabe	
En caso afirmativo marque qué profesional	médico	odontólogo		

PARA SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/MÉDICO (CONFIDENCIAL)

INSTITUCIÓN:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

LESIONES SOSPECHOSAS ENCONTRADAS: Marque con una cruz

	LEUCOPLASIA	LIQUEN	ULCERACION TRAUMÁTICA	QUEILITIS CRÓNICAS	CARCINOMA	OTROS
LENGUA DORSO						
LENGUA CARA VENTRAL						
LENGUA BORDES						
SEMIMUCOSA						
MUCOSA LABIAL						
MUCOSA YUGAL						
PALADAR						
ENCIA						
REBORDE ALVEOLAR						
PISO DE BOCA						
Se aconseja seguimiento clínico		SI NO	Se aconseja biopsia		SI NO	

Marque a qué opción corresponde el paciente

<input type="checkbox"/>	El paciente tuvo cáncer bucal y quiere controlarse
<input type="checkbox"/>	El paciente tiene una lesión cancerizable y quiere controlarse
<input type="checkbox"/>	El paciente concurre derivado por un profesional por una lesión presuntamente cancerizable
<input type="checkbox"/>	El paciente concurre derivado por un profesional por una lesión sin diagnóstico
<input type="checkbox"/>	El paciente sabe que tiene una lesión, pero no tiene diagnóstico
<input type="checkbox"/>	El paciente concurre por la publicidad y desconoce su estado bucal

Firma y sello del profesional examinador