



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Fecha: / /

Esta EVALUACIÓN es GRATUITA y VOLUNTARIA. De tener lesiones sospechosas reconozco que el seguimiento de los controles aconsejados por el médico examinador es de mi exclusiva responsabilidad y acepto ser contactada/o para más información.

.....
Firma del paciente

.....
Nombre y Apellido

PARA SER COMPLETADO POR EL PACIENTE

1) DNI	2) Edad	3) Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
4) Localidad	5) Provincia	
6) Color de ojos <input type="checkbox"/> Claros <input type="checkbox"/> Oscuros		
7) Color de cabello <input type="checkbox"/> Claro (Rubio - Pelirrojo) <input type="checkbox"/> Oscuro (Castaño - Moreno)		
8) Sin protección después de exponerse media hora al sol ¿Cómo reacciona su piel?		
<input type="checkbox"/> Siempre enrojece, nunca se broncea	<input type="checkbox"/> Enrojece casi siempre, broncea poco	<input type="checkbox"/> Enrojece poco, siempre broncea bien <input type="checkbox"/> Enrojece raramente, broncea chocolate
9) ¿Hace actividad física (recreacional) al aire libre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10) ¿Trabaja al aire libre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11) ¿Se expone a camas solares?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12) ¿Se protege del sol? <input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Sólo en ocasiones especiales (viajes, torneos) <input type="checkbox"/> Nunca		
13) ¿Cómo se protege? Marque las opciones que utiliza: Uso protector solar: <input type="checkbox"/> FPS menor a 15 <input type="checkbox"/> FPS 15 a 30 <input type="checkbox"/> FPS mayor a 30 <input type="checkbox"/> No recuerdo FPS	<input type="checkbox"/> De 10 a 16 evito el sol.	<input type="checkbox"/> Uso ropa y gorro / Sombra
14) ¿Repite la aplicación en el mismo día?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
15) Comparado con 5 años atrás se protege del sol:	<input type="checkbox"/> Más <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Menos <input type="checkbox"/> No sabe	
16) ¿Tuvo alguna quemadura solar importante con ampollas y dolor antes de los 15 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No recuerda	
17) ¿Tuvo cáncer de piel?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - En caso afirmativo marque:	
<input type="checkbox"/> Melanoma <input type="checkbox"/> Basocelular <input type="checkbox"/> Espinocelular <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No sabe		
18) ¿Tuvo algún familiar cosanguíneo con cáncer de piel?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Sí - En caso afirmativo marque:	
<input type="checkbox"/> Melanoma <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No sabe		
19) ¿Cómo se enteró de la Campaña?	<input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Diarios / Revistas	
<input type="checkbox"/> Carteleras en los hospitales <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Otros.....		
20) ¿Es la primera Campaña de Prevención del Cáncer de Piel que consulta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

CONFIDENCIAL - SECRETO MÉDICO

Institución..... Localidad..... Provincia.....

Lesiones sospechosas - Marque con una cruz (x) donde corresponda

Localización	Melanoma*	Carcinoma basocelular	Carcinoma espinocelular	Nevo displásico	Queratosis actínicas
Cabeza y cuello					
Tronco					
Miembros superiores					
Miembros inferiores					
Abdomen					
Glúteos					
Genitales					
Boca					

(* Lesión sospechosa de melanoma solicitar datos de contacto:

Teléfono

Email

¿Usó dermatoscopio en la consulta? Sí No

¿Se aconseja biopsia? Sí No

Gracias Doctor/a, por su colaboración

.....
Firma y sello del médico