



J-50063797-7

FUNDACIÓN DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

Planilla de Registro de Pacientes

Datos del Paciente

Nombres: _____
Apellidos: _____
Cédula: _____ Fecha de Nac.: _____ Sexo: M () F ()
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____
Tlf. Fijo: _____ Celular: _____ Whatsapp: _____
Correo Electrónico: _____

Datos del representante legal (si es menor de edad)

Nombres: _____
Apellidos: _____
Cédula: _____ Celular: _____ Whatsapp: _____
Correo Electrónico: _____

Información Médica

Patología: _____
Fecha Diagnóstico: _____ Fase: Crónica () Acelerada: ()
Tratamiento: _____ Dosis: _____ mg
Institución donde recibe o recibió tratamiento: _____
Centro de atención: _____
Médico Tratante: _____ Celular: _____
Último QPCR: _____ Si: () No: ()
Fecha: _____ Resultado: _____
Último BCR-ABL: _____ Si: () No: ()
Fecha: _____ Resultado: _____

Declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario son correctos sin omitir ni falsear dato alguno.

ENVIAR A: fundalmcvzla@gmail.com

Firma