



REMISIÓN DE MUESTRAS PARA BCR-A 1 /2

Fecha: DD MM AAAA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: DD MM AAAA

Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. No. de identificación: _____ Edad: _____ Género: F M

Dirección: _____ Teléfono: _____ Grupo étnico: _____

Tipo(s) de cáncer: _____

Edad a la que se le diagnosticó el cáncer: _____

DATOS DE FAMILIARES CON CÁNCER:

PARENTESCO	TIPO DE CÁNCER	EDAD A LA QUE SE DIAGNOSTICÓ
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

DATOS DEL MÉDICO:

Nombre completo: _____

Especialidad: _____ Teléfonos: _____