



CONSENTIMIENTO DEL/LA 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/de la paciente

.....  
Nombre y Apellido

PARA SER COMPLETADO POR EL/LA PACIENTE

Los datos recolectados tienen relevancia estadística

1) DNI \_\_\_\_\_ 2) Edad \_\_\_\_\_ 3) Sexo de Nacimiento  F  M

4) Localidad \_\_\_\_\_ 5) Provincia \_\_\_\_\_

6) Color de ojos  Claros  Oscuros

7) Color de cabello  Claro (Rubio - Pelirrojo)  Oscuro (Castaño - Moreno)

8) Sin protección después de exponerse media hora al sol ¿Cómo reacciona su piel?

Siempre enrojece, nunca se broncea  Enrojece casi siempre, broncea poco  Enrojece poco, siempre broncea bien  Enrojece raramente, broncea chocolate

9) ¿Hace actividad física (recreacional) al aire libre?  Sí  No

10) ¿Trabaja al aire libre?  Sí  No

11) ¿Se expone a camas solares?  Sí  No

12) ¿Se protege del sol?  A diario  A veces  Sólo en ocasiones especiales (viajes, torneos)  Nunca

13) ¿Cómo se protege? Marque las opciones que utiliza:

De 10 a 16 evito el sol.  Uso ropa y gorro / Sombra

Uso protector solar:  FPS menor a 15  FPS 15 a 30  FPS mayor a 30  No recuerdo FPS

14) ¿Repite la aplicación en el mismo día?  Sí  No

15) Comparado con 5 años atrás se protege del sol:  Más  Igual  Menos  No sabe

16) ¿Tuvo alguna quemadura solar importante con ampollas y dolor antes de los 15 años?  Sí  No  No recuerda

17) ¿Tuvo cáncer de piel?  Sí  No

En caso afirmativo marque:  Melanoma  Basocelular  Espinocelular  Otros  No sabe

18) ¿Tuvo algún familiar cosanguíneo con cáncer de piel?  Sí  No  No sabe

En caso afirmativo marque:  Melanoma  Otros  No sabe

19) ¿Cómo se enteró de la Campaña?  Radio  TV  Diarios / Revistas

Carteleras en los hospitales  Internet  Médicos  Otros.....

20) ¿Es la primera Campaña de Prevención del Cáncer de Piel que consulta?  Sí  No

PARA SER COMPLETADO POR EL/LA MÉDICO/MÉDICA

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  Sí  No en la consulta?

¿Se aconseja biopsia?  Sí  No

Gracias Doctor/a, por su colaboración

.....  
Firma y sello del/de la profesional