



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	<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:	<input type="checkbox"/> De 10 a 16 evito el sol. <input type="checkbox"/> Uso ropa y gorro / Sombra			
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
14) ¿Repito 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"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
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"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	
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/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 en la consulta? ☐ Sí ☐ No

¿Se aconseja biopsia? ☐ Sí ☐ No

Gracias Doctor/a, por su colaboración

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