



**LÍNEA
DE ASISTENCIA
SOBRE EL CÁNCER
DE PULMÓN**
(844) 835-4325

Recurso GRATUITO para los
pacientes de cáncer de pulmón
y los cuidadores

PLAN PERSONALIZADO DE ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PULMÓN

DIAGNÓSTICO | SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO Y LAS CITAS | VIGILANCIA DE LOS SÍNTOMAS



Lung Cancer Research
FOUNDATION™

La Lung Cancer Research Foundation es una organización destacada sin fines de lucro cuyo objetivo principal es financiar investigaciones innovadoras y de gran beneficio capaces de prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de las personas que padecen de cáncer de pulmón. Además de financiar las investigaciones, centra su atención en la concientización y los programas educativos sobre el cáncer de pulmón.

Si desea más información sobre el cáncer de pulmón, consulte nuestro folleto educativo gratuito *Vivir con diagnóstico de cáncer de pulmón*. Ordene este recurso y otros materiales en lcrf.org/resources.

En www.lcrf.org puede consultar más información sobre la Lung Cancer Research Foundation.

Datos del paciente

Nombre _____

Fecha de diagnóstico _____

Médico de cabecera _____

Persona de contacto _____

Si corresponde

Oncólogo médico _____

Persona de contacto _____

Radiooncólogo _____

Persona de contacto _____

Cirujano torácico _____

Persona de contacto _____

Coordinador de atención _____

Persona de contacto _____

Trabajador social _____

Persona de contacto _____

Otros _____

Persona de contacto _____

Otros problemas médicos

Alergias conocidas

Acerca de mi cáncer de pulmón

Tipo de cáncer de pulmón

Cáncer pulmonar microcítico (CPM)

Cáncer pulmonar no microcítico (CPNM)

Adenocarcinoma

Resultados de biomarcadores:

EGFR

T790M

KRAS

PD-L1

ALK

BRAF

ROS1

Otros _____

Escamoso

Resultados de biomarcadores:

PD-L1

Otros _____

Macrocítico

Estadio

Estadio limitado

Estadio extendido

Estadio

IA

IIIA

IB

IIIB

IIA

IIIC

IIB

IV

Fecha de la primera biopsia

Fecha de la biopsia de seguimiento

Plan de tratamiento

Tratamiento recomendado Cirugía Radioterapia Inmunoterapia
 Quimioterapia Tratamiento dirigido Otros _____

Observaciones sobre el tratamiento

¿Se recomienda ensayo clínico? Sí No

Posibles ensayos clínicos y observaciones

Persona de contacto

Cirugía

Fecha programada _____

Adónde ir _____

Tipo: Resección en cuña Lobectomía

Segmentectomía Neumonectomía

Instrucciones preoperatorias

Instrucciones posoperatorias

Observaciones sobre la cirugía

Radioterapia

Fecha de inicio _____

Adónde ir _____

Tipo de radiación _____

Finalidad

Fecha de finalización _____

Lugar del cuerpo _____

Efectos secundarios que vigilar

Observaciones sobre la radioterapia

Efectos secundarios que vigilar

Observaciones sobre el tratamiento

Ensayos clínicos

Busque un ensayo clínico en lcrf.org/clinical-trials

Persona de contacto sobre ensayos clínicos _____

Persona de contacto en caso de emergencias o en horario no laborable _____

Nombre y código del estudio _____ Adónde ir _____

Medicamentos implicados _____

¿Qué se está ensayando?

Observaciones sobre ensayos clínicos

Otras ayudas

Encontrará recursos útiles en [lcrf.org/resources](https://www.lcrf.org/resources)

La línea de asistencia sobre el cáncer de pulmón de la Lung Cancer Research Foundation es un recurso GRATUITO para los pacientes y los cuidadores. Llámenos de lunes a viernes de 8 am a 4 pm horario central:

(844) 835-4325 sin cargo

- Apoyo para cuidadores _____
- Tratamiento complementario _____
- Salud psicológica o mental _____
- Derechos laborales _____
- Ejercicio y fisioterapia _____
- Consultas sobre fertilidad _____
- Orientación y ayuda económica _____
- Asistencia sobre seguros _____
- Orientación nutrimental _____
- Tratamiento del dolor _____
- Salud respiratoria _____
- Orientación sobre relaciones de pareja _____
- Salud sexual _____
- Deshabitación del tabaco _____
- Otras: _____

Fecha	Síntoma	Qué se hizo para aliviarlo	Observaciones

Registro de los síntomas

Fechas	Síntoma	Qué se hizo para aliviarlo	Observaciones
Ejemplo: <i>25-28 de abril</i>	<i>Falta de aliento</i>	<i>El médico recetó un inhalador</i>	<i>Para usarlo cuando hiciera falta</i>

Fechas	Síntoma	Qué se hizo para aliviarlo	Observaciones

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Bitácora de citas

Fecha y hora de la cita _____

Médico _____

Pruebas *Fecha en la que debe estar hecha* _____

Análisis de sangre

RM/TC

Otras _____

Radiografía

Análisis de orina

Dudas que consultar (p. ej., tratamientos, síntomas nuevos)

Respuesta a las dudas

Resumen de citas:

Fecha y hora de la próxima cita _____

Médico _____

Buscamos constantemente formas de mejorar los recursos que brindamos a los pacientes y sus familiares. Si desea ofrecer cualquier opinión sobre este folleto o sobre algún otro recurso para pacientes de la Lung Cancer Research Foundation, le agradeceremos que nos escriba a info@lcrf.org.

Si necesita ayuda, llame a nuestra línea de asistencia sobre el cáncer de pulmón al (844) 835-4325 de lunes a viernes (llamada sin cargo). La línea de asistencia es un servicio gratuito para pacientes con cáncer de pulmón y sus familiares. Más información en lcrf.org/supportline.

En lcrf.org/resources podrá acceder a más materiales para pacientes.

Este folleto se ofrece con el apoyo de AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly and Company y Genentech.



Lung Cancer Research
FOUNDATION™

Lung Cancer Research Foundation
(212) 588-1580 | info@lcrf.org | www.lcrf.org
Línea de asistencia sobre el cáncer de pulmón: (844) 835-4325