**Ficha de recolección de datos:**

Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Datos del paciente:

Número de identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de historia clínica local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono con indicativo nacional /regional: (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Género: ( ) masculino ( ) femenino. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Escolaridad: □Primaria □Secundaria □Universidad □Posgrado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado Civil: □Casado □Soltero □Viudo □Unión libre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ingreso familiar mensual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de personas que viven con usted: \_\_\_\_\_\_\_\_

Está empleado? ( ) si ( ) no.

Comorbilidad. (Use la tabla ACE-27) □0 □1 □2 □3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de cigarrillos que fuma: \_\_\_\_\_ paq/año

Todavía fuma? ( ) si ( ) no ( ) no aplica ( )

Todavía bebe? ( ) si ( ) no ( ) no aplica ( )

Estadio:

□T1 □T2 □T3 □T4

□N0 □N1 □N2 □N3

Estadio: □I □II □III □IV \_\_\_\_\_\_\_\_

Búsqueda de HPV: ( ) no se realizó ( ) positiva ( ) negativa

Datos del tratamiento:

Realizo cirugía? ( ) si ( ) no. Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cuál?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vaciamiento cervical? ( ) si ( ) no.

QT de inducción ( ) si ( ) no. Medicamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

QT concomitante ( ) si ( ) no. Medicamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

QT adyuvante ( ) si ( ) no. Medicamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Técnica de radioterapia: □ Cobalto □ Conformal □ IMRT □ Otra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dosis total: \_\_\_\_\_\_Gy Dosis para ganglios: \_\_\_\_\_\_\_ Gy

Dosis en la parótida ipsilateral: \_\_\_\_ Gy Dosis en la parótida contralateral: \_\_\_ Gy

Dosis media: \_\_\_\_ Gy

Fechas de inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de finalización : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Seguimiento:

Su hubo muerte, registrar la fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Consulta a los 6 meses: ( ) Vivo sin enfermedad ( ) Vivo con enfermedad ( )

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Traqueostomía: ( ) si ( ) no

Sonda nasogástrica o gastrostomía: ( ) si ( ) no

Consulta a los 12 meses: ( ) Vivo sin enfermedad ( ) Vivo con enfermedad ( )

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Traqueostomía: ( ) si ( ) no

Sonda nasogástrica o gastrostomía: ( ) si ( ) no

Consulta a los 18 meses: ( ) Vivo sin enfermedad ( ) Vivo con enfermedad ( )

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Traqueostomía: ( ) si ( ) no

Sonda nasogástrica o gastrostomía: ( ) si ( ) no

Consulta a los 24 meses: ( ) Vivo sin enfermedad ( ) Vivo con enfermedad ( )

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Traqueostomía: ( ) si ( ) no

Sonda nasogástrica o gastrostomía: ( ) si ( ) no