



# PLAN PERSONALIZADO DE TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN

EL DIAGNÓSTICO | LAS CITAS Y LOS TRATAMIENTOS | LA VIGILANCIA DE LOS SÍNTOMAS



free to breathe  
Alianza por la superación del cáncer de pulmón

Somos Free to Breathe, una alianza que reúne a supervivientes del cáncer de pulmón, defensores, investigadores, proveedores de atención médica y líderes del sector.

Nos une la convicción de que todas las personas que padecen un cáncer de pulmón se merecen una cura.

Si desea más información sobre el cáncer de pulmón, lea nuestro folleto educativo *Vivir con diagnóstico de cáncer de pulmón*. En [freetobreathe.org](http://freetobreathe.org) puede solicitar un ejemplar gratuito.



# Información para el paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_

*Si corresponde:*

Oncólogo médico: \_\_\_\_\_

Radiooncólogo: \_\_\_\_\_

Cirujano torácico: \_\_\_\_\_

Enfermera/coordinador asistencial: \_\_\_\_\_

Trabajador social: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_

# Datos médicos del paciente

Tipo de cáncer de pulmón:

Cáncer pulmonar microcítico (CPM)

Cáncer pulmonar no microcítico (CPNM)

Adenocarcinoma

*Biomarcadores moleculares o genéticos presentes: (llenar) \_\_\_\_\_*

Espinocelular

*Biomarcadores moleculares o genéticos presentes: (llenar) \_\_\_\_\_*

Macrocítico

Otros problemas médicos:

---

---

---

Antecedentes de alergia:

---

---

---

Estadio:

Estadio limitado  
 Estadio extendido

Estadio:

IA  IIIA  
 IB  IIIB  
 IIA  IV  
 IIB

## Plan de tratamiento

Tratamiento recomendado:

Cirugía  
 Quimioterapia

Radioterapia  Inmunoterapia  
 Tratamiento dirigido  Otras

Notas de tratamiento:

---

---

¿Se recomienda un ensayo clínico?  Sí  No

Posibles ensayos clínicos y observaciones:

Contacto:

---

---

---

---

## Cirugía

Fecha prevista: \_\_\_\_\_

Tipo:  Resección en cuña  Lobectomía

Adónde acudir: \_\_\_\_\_

Segmentectomía  Neumonectomía

Instrucciones preoperatorias: \_\_\_\_\_

Instrucciones posoperatorias: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Notas de la operación: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

## Radioterapia

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Adónde acudir: \_\_\_\_\_

Tipo de radioterapia: \_\_\_\_\_

Objetivo: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Ubicación anatómica: \_\_\_\_\_

Efectos secundarios a los cuales estar atento: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Notas de la radioterapia: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

# Quimioterapia/tratamiento dirigido/inmunoterapia/otros

Adónde acudir: \_\_\_\_\_ Persona de contacto durante el tratamiento: \_\_\_\_\_

## Esquema terapéutico:

Medicamento:	Forma de administración: (por vía intravenosa o por vía oral):	Dosis:	Fecha de inicio:	Programa de tratamiento y detalles:

## Efectos secundarios a los cuales estar atento:

---

---

---

---

---

## Notas sobre el tratamiento:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Ensayos clínicos

Busque ensayos clínicos en [freetobreathe.org/clinical-trials](https://freetobreathe.org/clinical-trials)

Persona de contacto para el ensayo clínico: \_\_\_\_\_

Título y código del estudio: \_\_\_\_\_

Adónde acudir: \_\_\_\_\_

Medicamentos implicados: \_\_\_\_\_

¿Qué se investiga?

Notas sobre el ensayo clínico:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Tratamiento complementario y sintomático/ Manejo de efectos secundarios

Tratamiento:	Forma de administración:	Dosis (si corresponde):	Programa de tratamiento:	Objetivo:
Ejemplo: Tratamiento XYZ	Por vía oral	10 mg	Dos veces al día	Contra las náuseas

## Otras ayudas necesarias

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

- Tratamientos complementarios \_\_\_\_\_
- Salud emocional y mental \_\_\_\_\_
- Derechos laborales \_\_\_\_\_
- Fisioterapia y ejercicio \_\_\_\_\_
- Consultas sobre fertilidad \_\_\_\_\_
- Orientación y ayuda económica \_\_\_\_\_
- Apoyo sobre seguros \_\_\_\_\_
- Apoyo nutricional \_\_\_\_\_
- Tratamiento del dolor \_\_\_\_\_
- Terapia respiratoria \_\_\_\_\_
- Orientación de pareja/familiar \_\_\_\_\_
- Salud sexual \_\_\_\_\_
- Deshabitación del tabaco \_\_\_\_\_
- Otras: \_\_\_\_\_

## Notas generales

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# Hoja de vigilancia de síntomas

Fechas:	Síntoma:	Medidas tomadas para aliviarlo:	Notas:
Ejemplo: 25-28 de abril	Falta de aliento	El médico recetó un inhalador	A demanda

Fechas:	Síntoma:	Medidas tomadas para aliviarlo:	Notas:

# Hoja de vigilancia de síntomas

Fechas:	Síntoma:	Medidas tomadas para aliviarlo:	Notas:
Ejemplo: 25-28 de abril	Falta de aliento	El médico recetó un inhalador	A demanda

Fechas:	Síntoma:	Medidas tomadas para aliviarlo:	Notas:

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_



## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Radiografía  Estudio

Otras \_\_\_\_\_

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Radiografía  Estudio

Otras \_\_\_\_\_

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

Fecha/hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## Registro de citas

Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Pruebas diagnósticas: *Debe hacerse antes del día* \_\_\_\_\_

Análisis de sangre  RM o TC

Otras \_\_\_\_\_

Radiografía  Estudio

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

Aclaración de las dudas:

---

---

---

---

---

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

Resumen de la cita: \_\_\_\_\_

Fecha/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 Free to Breathe, le agradeceremos que nos escriba a [info@freetobreathe.org](mailto:info@freetobreathe.org) o nos llame al 608.833.7905.

**SI DESEA OTROS RECURSOS PARA PACIENTES**, visite [freetobreathe.org](http://freetobreathe.org)

Este recurso se ofrece con el apoyo de BMS, AstraZeneca, Lilly, Merck y Boehringer Ingelheim.

*para*  
**RESPIRAR  
LIBREMENTE**

Free to Breathe | 1 Point Place, Suite 200 | Madison, WI 53719  
TF: 608.833.7905 | Fax 608.833.7906 | [freetobreathe.org](http://freetobreathe.org)

© 2015 Free to Breathe, organización sin fines de lucro según el artículo 501(c) 3.  
Código tributario federal: 45-0505050