



**4610 Jefferson Lane NE
Albuquerque, NM 87109**

Tel: (505) 559 - 4495 Fax: (505) 842 - 8025

PRIORIDAD PARA CITAR AL PACIENTE: 1-2 días 3-5 días 6-10 días

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **TELÉFONO DE CASA:** _____

TELÉFONO CELULAR: _____ **TELÉFONO TRABAJO:** _____

ASEGURADORA: _____ **Número de autorización (si es necesaria):** _____

DIAGNÓSTICO: _____

DOCTOR QUE REFIERE AL PACIENTE: _____

CARCINOMA DE OVARIO

VIN I - II

CARCINOMA ENDOMETRIAL

VIN III

CARCINOMA CERVICAL

CARCINOMA VULVAR

MASA PÉLVICA

CA-125 ELEVADO

TUMOR EN OVARIOS

SARCOMA UTERINO

HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER DE OVARIO

HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER DE MAMA

HISTORIA PERSONAL DE CÁNCER DE MAMA

BRCA POSITIVO

ACE ELEVADO (CEA)

OTRO: _____

Es necesario proveer la siguiente documentación que apoye la petición para una cita:

- a) **Notas médicas (expediente médico) / Historial médico más reciente.**
- b) **Lista de actuales medicamentos.**
- c) **Resultados de laboratorio (CA-125 y/o otros marcadores de tumores).**
- d) **Reportes de radiología (ultrasonido pélvico y/o tomografía computarizada y/o resonancia magnética).**
- e) **Notas operativas con sus correspondientes reportes de patología.**

De antemano, gracias por ayudarnos en agilizar el proceso para la cita de su paciente.