



Plan de Cuidado para Sobrevivientes de Cáncer de Seno Breast Cancer Survivorship Care Plan

Este plan está diseñado para tener en un solo lugar información importante acerca de su tratamiento de cáncer de seno: diagnóstico, tratamiento activo y otros aspectos de su salud.

This document is designed to have all the important information regarding your breast cancer treatment: diagnosis, active treatment, follow-up plan and other breast cancer healthcare aspects.

Información Esencial/Essential Information

Es importante mantenerse organizada durante el tratamiento de cáncer de seno. El mantenerse organizada puede ayudar a que el proceso sea menos abrumador. Es fácil y accesible el conservar toda la información de sus proveedores en un solo lugar. Recuerde guardar en sus archivos los resultados originales de sus estudios.

It is important to be organized during your breast cancer treatment. Being organized can help reduce the stress of your treatment process. It is easier and more accessible keeping all of the information pertaining to your healthcare providers and treatment in one place. Remember to safe keep all original test results.

Nombre/Name	Peso/Weight	Estatura/Height
Oncólogo/ Oncologist	Teléfono/ Telephone	
Enfermera(o) Oncólogo(a) Oncology Nurse	Teléfono/ Telephone	
Médico Primario/ Primary Provider	Teléfono/ Telephone	
Cirujano/ Surgeon	Teléfono/ Telephone	
Cirujano Plástico/ Plastic Surgeon	Teléfono/ Telephone	
Contacto Susan G. Komen PR/ Susan G. Komen PR Contact	Teléfono/ Telephone	

Susan G. Komen Puerto Rico no es un proveedor de servicios de salud, no proporciona consejos médicos, sino educativos, y esta información no sustituye una visita a su médico.
Susan G. Komen Puerto Rico is not a healthcare provider, does not provide medical advice, only educational, and this information does not substitute visiting your doctor.

Para más información / For more information:
Susan G. Komen Puerto Rico
650 Ave. Muñoz Rivera Suite 202, San Juan, PR

787.751.9096

www.komenpr.org



Mis resultados de patología y diagnóstico / Pathology results and diagnosis

Dedique tiempo para aprender todo lo que pueda sobre el cáncer de seno y sus opciones de tratamiento. Todas las mujeres con cáncer de seno deben hablar con un oncólogo para determinar sus necesidades específicas de tratamiento, plan específico de tratamiento a seguir y quién tomará las decisiones necesarias en caso de que ellas no puedan hacerlo por sí mismas.

Dedicate time to learn everything you can about breast cancer and its treatment options. Every breast cancer survivor must have a conversation with an oncologist to determine treatment needs, specific treatment plan and who will be making decisions in case you cannot do it yourself.

Fecha del Diagnóstico/ Date of Diagnosis:	Estadío/Stage:
--	----------------

Cáncer en Seno/ Breast with Cancer:	<input type="checkbox"/> Izquierdo/Left	<input type="checkbox"/> Derecho/Right	<input type="checkbox"/> Ambos senos/Both Breasts
--	---	--	---

Tipo de Cáncer de senos/ Type of Breast Cancer:	<input type="checkbox"/> Ductal in Situ	<input type="checkbox"/> Lobular in Situ	<input type="checkbox"/> Invasivo Ductal/ Invasive Ductal
	<input type="checkbox"/> Invasivo Lobular/ Invasive Lobular	<input type="checkbox"/> Inflamatorio/ Inflammatory	<input type="checkbox"/> Paget
	<input type="checkbox"/> Otro/Other: _____		

Tamaño del tumor(es)/ Tumor(s) Size: _____ cm	Nódulos Positivos/ Positives Nodules: _____ de/of _____
--	--

Receptores/Receptors or Markers Status:	Estrógeno/Estrogen:	<input type="checkbox"/> Positivo/Positive	<input type="checkbox"/> Negativo/Negative
	Progesterona/Progesterone:	<input type="checkbox"/> Positivo/Positive	<input type="checkbox"/> Negativo/Negative
	HER2/neu:	<input type="checkbox"/> Positivo/Positive	<input type="checkbox"/> Negativo/Negative

Metástasis/Metastasis:	Linfedema/ Lymphedema:
<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No

Estudios Adicionales/Additional Tests	Fechas/Dates			
Mamografía/Mammogram				
Sonomamografía/Sonomammogram				
MRI				
Bone Scan				
Pet Scan				
CT				
MUGA				
Otros/Others				

Tratamiento / Treatment

Tipo/Type:	<input type="checkbox"/> Quimioterapia/ Chemotherapy	<input type="checkbox"/> Terapia Hormonal/ Hormone Therapy	<input type="checkbox"/> Terapia Dirigida/ Targeted Therapy	<input type="checkbox"/> Inmunoterapia/ Immunotherapy
------------	---	---	--	--

Medicamentos/Dosis Medication/Dosage:
--

Fecha de Comienzo/Starting Date	Fecha de Terminación/Ending Date

Efectos Secundarios/Side Effects

Cirugía 1/Surgery 1	Cirugía 2/Surgery 2
Fecha/Date:	Fecha/Date:
Tipo/Type:	Tipo/Type:

Radioterapia/Radiotherapy

Área Tratada/Treated Area:

Fecha de Comienzo/Starting Date	Fecha de Terminación/Ending Date

Efectos Secundarios/Side Effects

Plan de Post-tratamiento / Post-Treatment Follow-Up Plan

Plan de visitas de seguimiento / Post Treatment Visit Plan						
	2 meses/ months	3 meses/ months	4 meses/ months	5 meses/ months	6 meses/ months	1 año/year
Año 1/ Year 1						
Año 2/ Year 2						
Año 3/ Year 3						
Año 4/ Year 4						
Año 5/ Year 5						

Tratamientos Adicionales/Additional Treatments	
Tipo de Tratamiento/Dosis Type of Treatment/Dosage	Efectos Secundarios/ Side Effects

Efectos Tardíos del Tratamiento / Late Stage Treatment Side Effects	

Referidos a / Referred to:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dentista/Dentist | <input type="checkbox"/> Siquiatra/ Psychiatrist | <input type="checkbox"/> Fertilidad/Fertility | <input type="checkbox"/> Cardiólogo/ Cardiologist |
| <input type="checkbox"/> Genetista/Geneticist | <input type="checkbox"/> Sicólogo/ Psychologist | <input type="checkbox"/> Neurólogo/Neurologist | |
| <input type="checkbox"/> Cirujano/Surgeon | <input type="checkbox"/> Terapia Física/Physical Therapy | <input type="checkbox"/> Trabajador Social/Social Worker | |
| <input type="checkbox"/> Oftalmólogo/Ophthalmologist | | <input type="checkbox"/> Neumólogo/Pneumologist | |
| <input type="checkbox"/> Programa de Cese de Fumar/Quit Smoking Program | <input type="checkbox"/> Otro/Other: _____ | | |

Tratamientos Adicionales por Recurrencia/Additional Treatments for Recurrence								
Sistémico/Systemic			Cirugía/Surgery			Radioterapia/Radiotherapy		
Fecha Comienzo/ Starting Date	Fecha Terminación/ Ending Date	Medicamento Dosis/ Medication Dosage	Fecha Comienzo/ Starting Date	Fecha Terminación/ Ending Date	Medicamento Dosis/ Medication Dosage	Fecha Comienzo/ Starting Date	Fecha Terminación/ Ending Date	Medicamento Dosis/ Medication Dosage