

**SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO LÁSER CO2
PARA CÁNCER DE OROFARINGE, HIPOFARINGE Y LARINGE**

Fecha de control: __/__/__

Nombre del paciente _____ C.I. _____

SÍNTOMAS Y SIGNOS LOCORREGIONALES ☐ No ☐ Si

Cuál/es?

Dolor	☐ No ☐ Si
Sangrado	☐ No ☐ Si
Dificultades en el habla	☐ No ☐ Si
Parestesia en alguna zona	☐ No ☐ Si
Odinofagia	☐ No ☐ Si
Disfonía	☐ No ☐ Si
Edema local	☐ No ☐ Si
Rubor local	☐ No ☐ Si
Tos	☐ No ☐ Si
Otras	☐ No ☐ Si Especificar: _____

GANGLIOS LOCORREGIONALES ☐ No ☐ Si

REALIZACIÓN DE ESTUDIO ENDOSCÓPICO EN EL CONTROL ☐ No ☐ Si

Resultado: _____

Adjuntar imágenes