

1er. Apellido		2do. Apellido		Nombres:	
No. Carné de Identidad (sino colocar fecha de nacimiento)			Edad:	No. Historia Clínica	Unidad Hospitalaria:
1er Diagnóstico			2do. Diagnóstico		
Fecha de diagnóstico		Fecha de Reporte		Fecha de diagnóstico	
DíaMesAño		DíaMesAño		DíaMesAño	
Localización: (topografía)			Localización: (topografía)		
Tipo histológico: (morfología)			Tipo histológico: (morfología)		
Fecha de fallecimiento		TNM:		PACIENTE ONCOLÓGICO REGISTRO NACIONAL DE CANCER MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ONCOLOGÍA MOD. 68-62-1	
DíaMesAño		Etapa Clínica:			