



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD DE P.R.

18 de febrero de 2000

CARTA NORMATIVA #00-31-01

GSJ-ASSES-ODE

A TODAS LAS ASEGURADORAS CONTRATADAS POR EL SEGURO DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

Guillermo Silva Janer
Director Ejecutivo

Se requiere el cumplimiento del Formulario (CC-4)1991 "Cancer Case Report Sheet" para que sea debidamente completado y enviado al Registro Central de Cáncer Registry of Puerto Rico, en el Departamento de Salud cada vez que sea identificado o diagnosticado un caso de cáncer por un proveedor.

El mismo fue entregado recientemente a representantes de todas las aseguradoras en la reunión efectuada el viernes 21 de enero de 2000. Dicho formulario se añadirá a los otros formularios que requiere el Departamento de Salud y se incluyen en Protocolo de Manejos y Formularios que forman parte de nuestras Solicitud de Propuestas y Contratos.

CC-4 (1991) CENTRAL CANCER REGISTRY OF PUERTO RICO — CANCER CASE REPORT SHEET

Patient

OSIS

Central Registry Number		Patient:		1. Paternal	2. Maternal	3. Given Name	Accession Number
4. Social Security Number		5. Sex		6. Birth date		7. Country of Birth	
8. Municipality of Birth		9. Municipality of Residence		10. Zone	11. Census Tract		12. Marital Status
13. Usual occupation		14. Patient Telephone Number		15. Race		16. Spanish Surname	
Patient address				21. Name of spouse		22. Name of father	
17. St. & No.				23. Name of mother		24. Name of nearest relative	
18. Urb. or Co.				Relative Address			
19. City & State				25. St. & No.		26. Urb. or Co.	
20. Zip Code				27. City & State		28. Relative Tel. No.	
Sequence		1. Primary site (specify)			2. Reporting source		
3. Institution (name and address of doctor or hospital)				4. Institution Record Number		Final Diagnosis	
Previous diagnosis and/or treatment for this cancer: Yes () No ()				If yes, specify:			
Date		Place					
M D Y							
Dx				Other cancer diagnosis and/or treatment: Yes () No ()			
Basis				Date			
Rx				M D Y			
Date Admission		Date Discharge		5. Date of Diagnosis		6. Age	
M D Y		M D Y		M D Y			
7. Basis for diagnosis							
Physical examination findings and dates (Specify)							
Pertinent Symptoms							
Tumor Aspect							
Size							
Location							
Extension							
Clinical Impression							
Laboratory Test (results and normal values) and dates						Additional Data	
Acid phosphatase		CEA		Test Marker			
X-Rays, CT Scans, Sono, MRI and other imaging techniques (positive and negative findings) and dates: (specify size and extension of tumor)							
Other instrument examination (positive and negative findings) and dates: (specify size and extension of tumor)							