CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES TIROIDEAS

Para ser completado por el médico tratante
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)

Bupa

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos		Nombres	
Fecha de nacimiento			

2. DIAGNÓSTICO

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

Fecha del diagnóstico		Diagnóstico	☐ Hipertiroidismo ☐ Hipotiroidismo

Causa: ☐ Enfermedades graves ☐ Bocio simple ☐ Bocio nodular ☐ Tiroiditis ☐ Tiroiditis de hasimoto
☐ Medicamentosa ☐ Deficiencia de yodo ☐ Nódulo tiroideo ☐ Neoplasia maligna de tiroides
☐ Congénito ☐ Adenoma hipofisario ☐ Otra (Especifique):

¿Está el paciente bajo tratamiento? ☐ Sí ☐ No Si responde Sí, por favor describa el tratamiento

¿Se ha administrado yodo radioactivo? ☐ Sí ☐ No

¿Se le ha realizado alguno de los siguientes procedimientos?
Biopsia ☐ Sí ☐ No Tiroidectomía total ☐ Sí ☐ No Tiroidectomía parcial ☐ Sí ☐ No
Si responde Sí a alguno de los anteriores, por favor incluya el reporte de patología

Por favor, proporcione la siguiente información (incluya el reporte de laboratorio):

TSH		T4 libre		Anticuerpos antiperoxidasa		Triglicéridos	
Hemoglobina Glicosilada		Colesterol total		HDL		LDL	

Resultado de Ultrasonido tiroideo (no mayor a 1 año). Omitir sólo en caso de tiroidectomía total

Deben haber sido realizados en los últimos 6 meses y el estudio de imagen en los últimos 12 meses.

¿Se ha sometido el paciente a gamagrama tiroideo? ☐ Sí ☐ No
Si responde Sí, por favor incluya el reporte

En caso de haber presentado cáncer de tiroides, favor anexe expediente médico completo

¿Existen otras enfermedades, complicaciones, factores o síntomas que no hayan sido mencionados anteriormente? ☐ Sí ☐ No
En caso de responder Sí, por favor especifique:

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE			
Apellidos		Nombres	
Dirección			
Telefono		Fax	
Correo electrónico			

4. FIRMA			
Firma del médico tratante		Fecha	
Firma del médico tratante		Fecha	