

DIABETES ASSOCIATES MEDICAL GROUP

El Cuestionario del Desorden del pelo

Nombre paciente:
(círculo para Sí o da respuesta)

La fecha del Nacimiento:

Cuándo hizo el comienzo de pérdida de cabello (duration?)

La pérdida de pelo en (por favor círculo) cabellera, el ojo Brown, latigazos de ojo, axillae, área púbica).

El pelo del exceso en (complace circel) bigotes, la cabellera, el ojo Brown, latigazos de ojo, axillae, área púbica).

La pérdida de pelo ha sido de (por favor círculo) comienzo lento, comienzo lentamente progresivo y brusco, progresión rápida.

La pérdida de pelo fue advertida primero después (por favor círculo) un acontecimiento traumático, después de un embarazo reciente, después de utilizar el nuevo champú de pelo o producto.

¿Tiene usted algún problema psiquiátrico?

¿Obligatoriamente tira usted el pelo?

¿Le hace un permanente usted pelo o cepilla vigorosamente el pelo?

Hágale tiene (por favor círculo) acné, menstru irregular, la esterilidad, la ampliación del clítoris, profundizando de la voz, libido de aumento, la pérdida de contorno femenino de cuerpo, pigmentación de piel, los sofocos de calor, descarga de seno.

Hágale tiene una historia de (por favor círculo) la enfermedad de tiroides, sush de desorden de calcemia como calcio bajo, polycystic síndrome ovárico, la enfermedad ovárica o suprarrenal, la infección micótica de piel, el síndrome de Cushing, mellius de diabético, syndrom de resistencia de insulina, el Lupus, dermatomyositis, la Linfoma.

¿Toma usted o utiliza (por favor círculo) Hydrocortisone, los esteroides anabolizantes, la Testosterona, Danazole, Minoxidil, Rogaine, medicinas de tiroides.

¿Utiliza su esposo gel de testosterona?

¿Ha tenido usted radioterapia?

¿Ha tenido usted la quimioterapia?

¿Qué es su farmacia?

¿Qué es su número de teléfono de farmacia?

¿Qué es usted número de fax de farmacia?

Liste todas sus medicinas -----

