

# DIABETES ASSOICATES MEDICAL GROUP

## Anormalidad de tiroides

Nombre paciente:

La fecha del Nacimiento:

Síntomas-describe y rodea la respuesta correcta

¿Alguna pérdida de cabello? -----Sí/no

¿Alguna pérdida de peso involuntaria? -----Sí/no

¿Algún aumento de peso involuntario? -----Sí/no

¿Cualquier palpitaciones del corazón? -----Sí/no

¿Sudar excesivo? -----Sí/no

¿Algún temblor? -----Sí/no

¿Alguna Parálisis repentina? -----Sí/no

Rodee por favor cualquier diplopía, irritación de ojo, la presión en los ojos, sobresaliendo de los ojos -----

Rodee por favor cualquier erupción de Pierna, las pérdidas de pigmentación de piel -----

¿Algún estreñimiento? -----Sí/no

¿Algún taburete frecuente? -----Sí/no

¿Algún apetito aumentado? -----Sí/no

¿Fatiga inexplicada? -----Sí/no

¿Algún dolor de pecho? -----Sí/no

¿Cualquier problema del sueño? -----Sí/no

¿Cualquier dolor en la parte delantera más baja del cuello? -----Sí/no

¿Dolor reciente de la oreja? -----Sí/no

¿Cualquiera hinchándose en la parte delantera más baja del cuello? -----Sí/no

¿Tiene usted una historia de una tiroides amontona, el nódulo o el bocio? -----Sí/no

¿Tiene la tiroides amontona, el nódulo o el bocio conseguidos más pequeños? -----Sí/no

¿Tiene la tiroides amontona, el nódulo o el bocio conseguidos más grandes? -----Sí/no

¿Cualquier sensación que se estrangula? -----Sí/no

¿Cualquier dificultad que traga? -----Sí/no

¿Cualquier problemas de la memoria? -----Sí/no

¿Alguna voz Ronca? -----Sí/no

Rodee por favor cualquier menses irregular, menstruado más pesado, menstruado más ligero, frecuente menos menstruado, menstruado más frecuente -----

¿Cualquier libido de la disminución? -----Sí/no

¿Alguna piel seca? -----Sí/no

¿Algún clavo quebradizo? -----Sí/no

¿Alguna intolerancia fría? -----Sí/no

¿Cualquier intolerancia del calor? -----Sí/no

¿Tratado con radiografías para el acné? -----Sí/no

- ¿Tratado con yodo radioactivo? -----Sí/no
- ¿Inyectado con contraste de Yodo (tinte) para un tac? -----Sí/no
- ¿Cuándo? -----
- ¿Cirugía anterior de la tiroides? -----Sí/no
- ¿Ha sido expuesto usted a la lluvia radiactiva nuclear? -----Sí/no
- ¿Tiene usted un anhelo para comer sal? -----Sí/no
- ¿Tiene usted tendencia natural aumentada para sol de piel que curte? -----Sí/no
- ¿Alérgico colorar añadidas en el alimento? -----Sí/no
- ¿Cualquier historia de la enfermedad suprarrenal? -----Sí/no
- ¿Ha utilizado usted esteroides? -----Sí/no
- La fecha de último embarazo -----
- ¿Si actualmente embarazada le hace tiene vomitar excesivo en el embarazo? -----Sí/no
- ¿Toma usted levothyroxine en ayunas por la mañana?----- Sí/no
- ¿Alguna historia familiar de la enfermedad de tiroides? -----Sí/no
- ¿Alguna historia familiar de cáncer de tiroides?-----Sí/no
- ¿Qué es su nombre de pharmacy? -----
- ¿El número de teléfono de Pharmacy? -----
- ¿El número de fax de Pharmacy? -----
- Liste todas sus medicinas -----

-----  
-----  
-----