

Cuestionario afecciones tiroideas – Solicitante

Nombre Completo: _____

Rogamos conteste señalando las respuestas adecuadas correspondientes y faciliten toda la información solicitada.

Diagnóstico: _____

Fecha de diagnóstico: _____ Fecha de la última consulta: _____

	No	Si	Detalles	Fecha(s)
Hipertiroidismo presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hipertiroidismo del adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eutiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Enfermedad de Basedow	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Tamaño estable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		desde _____
			<input type="checkbox"/> tóxico	
			<input type="checkbox"/> no-tóxico	
			<input type="checkbox"/> de tipo inespecífico	
			<input type="checkbox"/> consistencia nodular	
			<input type="checkbox"/> extensión retroesternal	
			<input type="checkbox"/> compresión traqueal	
Nódulo solitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		desde _____
- Dimensión estable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/> caliente*	
			<input type="checkbox"/> frío*	
Tumor*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	
Tiroiditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		curado desde _____
			<input type="checkbox"/> de Hashimoto	
			<input type="checkbox"/> otras _____	
Presencia de:				
- temblor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
- Exoftalmos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> maligno	_____



3724-103-53659 D.V. 43

Compañía de Seguros, S.A.

	No	Si	Detalles	Fecha(s)
- fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- signos de insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- disminución psico-motora persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- mixedema persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- retraso mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> marcado	<input type="radio"/> severo
- signos físicos persistentes de cretinismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tratamiento médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	desde _____
- aún presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	en caso negativo, interrumpido el	_____
Tratamiento quirúrgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	_____
			secuelas _____	
Exámenes realizados				Fecha
- pruebas de la función tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> normales	<input type="radio"/> anormales*
- ECG* <input type="radio"/> reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> normales	<input type="radio"/> anormales*
<input type="radio"/> esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> normales	<input type="radio"/> anormales*
Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	resultado _____	_____
Reincorporación al trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Persona suficientemente autónoma (en caso de cretinismo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

***IMPORTANTE:** se ruega proporcionar copia de cualquier examen realizado así como informes histológicos y gammagrafías.

FECHA: _____

FIRMA: _____