

CUESTIONARIO PADECIMIENTOS DE TIROIDES

Guatemala _____ / _____ / _____

Nombre cliente: _____ Edad _____ Genero _____
F / M

- 1)
No. Enfermedades Si No
- | | | | |
|---|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Hipotiroidismo | ☐ | ☐ |
| 2 | Hipertiroidismo | ☐ | ☐ |
| 3 | Nódulos tiroideos | ☐ | ☐ |
| 4 | Cáncer de tiroides | ☐ | ☐ |
| 5 | Tiroiditis | ☐ | ☐ |
| 6 | Bocio | ☐ | ☐ |

Usa medicamentos para tratar problemas de la tiroides:

Nombre: _____

Dosis: _____

Fecha desde cuándo: _____

Hasta cuándo: _____

Adjuntar Resultado de la(s) prueba(s) de tiroides más recientes que tenga.

- 2)
Síntomas o manifestaciones (favor contestar las que apliquen)
- | | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Latidos cardiacos rápidos o irregulares | ☐ | Problemas para dormir | ☐ | Pérdida de peso | ☐ |
| Cambios de animo | ☐ | Temblores de manos | ☐ | Fatiga | ☐ |
| Fatiga o debilidad muscular | ☐ | Movimientos intestinales frecuentes o diarrea | ☐ | Disminución de la sudoración | ☐ |
| Intolerancia al calor | ☐ | Nerviosismo o inquietud | ☐ | Aumento de peso | ☐ |
| Dolor en articulaciones y músculos | ☐ | Piel seca | ☐ | Depresión | ☐ |
| Estreñimiento | ☐ | Cabello fino y seco | ☐ | Disminución del ritmo cardiaco | ☐ |
| Hinchazón de cara | ☐ | Períodos menstruales abundantes o irregulares | ☐ | Rigidez del cuerpo | ☐ |
| Intolerancia al frio | ☐ | Problemas de fertilidad | ☐ | Impotencia | ☐ |

- 3)
Paciente es fumador ☐ Si ☐ No Cantidad _____ Frecuencia _____ Tipo _____

Cuando dejó de fumar _____

- 4)
Ha estado hospitalizado y/o se le ha realizado una cirugía relacionado con la Tiroides ☐ Si ☐ No

Ampliar: _____

Firma cliente