

CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES TIROIDEAS

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



1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|---------------------|--------------|---------|--------|
| Nombre | Apellido | Inicial | Nombre |
| Fecha de nacimiento | DD / MM / AA | | |

2. DIAGNÓSTICO

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

| | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|---|
| Fecha del diagnóstico | DD / MM / AA | Diagnóstico: | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | |
| Causa: | <input type="checkbox"/> Enfermedades graves | <input type="checkbox"/> Bocio simple | <input type="checkbox"/> Bocio nodular | <input type="checkbox"/> Tiroiditis | <input type="checkbox"/> Tiroiditis de hasimoto |
| | <input type="checkbox"/> Medicamentosa | <input type="checkbox"/> Deficiencia de yodo | <input type="checkbox"/> Nódulo tiroideo | <input type="checkbox"/> Neoplasia maligna de tiroides | |
| | <input type="checkbox"/> Congénito | <input type="checkbox"/> Adenoma hipofisario | <input type="checkbox"/> 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:

Valores de pruebas de sangre no mayor a 6 meses (incluya el reporte de laboratorio):

TSH T4 libre Anticuerpos antiperoxidasa
Resultado de Ultrasonido tiroideo (no mayor a 1 año). Omitir sólo en caso de tiroidectomía total

¿Se ha sometido el paciente a gammagrama 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
Si responde Sí a alguno de los anteriores, por favor incluya el reporte de patología

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

| | | | |
|--------------------|----------|---------|--------|
| Nombre | Apellido | Inicial | Nombre |
| Dirección | | | |
| Telefono | | Fax | |
| Correo electrónico | | | |

4. FIRMA

| | | | |
|---------------------------|--|-------|--------------|
| Firma del médico tratante | | Fecha | DD / MM / AA |
| Firma del médico tratante | | Fecha | DD / MM / AA |

Bupa Ecuador S.A.

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú · Ed. San Salvador, Piso 4 · Quito, Ecuador
Tel. (593) 2 396 5600 · www.bupalud.com/MiBupa