



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Cuestionario Afecciones Tiroideas

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

Apellidos: _____ Nombre del médico: _____
Nombre: _____ Dirección del médico: _____
Fecha de nacimiento : _____ Teléfono del médico: _____

La información detallada en este documento será tratada confidencialmente y bajo secreto profesional.
Rogamos contestar todas las preguntas y facilitar toda la información solicitada.

Diagnóstico: _____

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

Talla: _____ Peso: _____ Presión arterial: _____ / _____ Tratada No Tratada

Fecha: _____

	No	Sí	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"/>	<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	desde:
Nódulo solitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- dimensión estable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> caliente* <input type="checkbox"/> frío*	desde:
Tumor*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál?	
Tiroiditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> de Hashimoto <input type="checkbox"/> otras	curada desde:
Presencia de:				
- temblor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- exoftalmos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> maligno	
- fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- signos de insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Cuestionario Afecciones Tiroideas

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

- 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="checkbox"/> marcado	<input type="checkbox"/> 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 en los últimos 6 meses:				
- pruebas de la función tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normales	<input type="checkbox"/> anormales*
- ECG* - reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normales	<input type="checkbox"/> anormales*
- esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normales	<input type="checkbox"/> anormales*
Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	valor(es): _____	
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 cualquier examen anormal realizado así como informes histológicos y gammagrafías.**

FECHA:

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE: