

Endocrinology & Diabetes Care Center

M. Mujahid Baig, M.D., F.A.C.E.

Hypercalcemia History:(La hipercalcemia historia):

Patient's Name:(Nombre del paciente): _____ Date(Fecha): _____

1. How long have you had a history of high calcium?(¿Cuánto tiempo ha tenido una historia de calcio alto?)

2. Are you taking Hydrochlorothiazide (HCTZ) for any reason?(¿Está tomando Hidroclorotiazida (HCTZ) por cualquier motivo?)

3. Are you taking calcium tablets of any form, Tums or other over the counter medicine for heartburn?(¿Está tomando las tabletas de calcio cualquier forma, Tums o otro de los medicamentos para la acidez estomacal?)
Yes(Sí) No(No) If yes, what are you taking?(Si la respuesta es sí, ¿qué está tomando?)

4. Do you have a history of the following medical conditions(¿Tiene una historia de las siguientes condiciones médicas):

A. Osteoporosis(La osteoporosis)	Yes(Sí)	No(No)
B. Broken bone(Huesos rotos)	Yes(Sí)	No(No)
C. Kidney Stone(Cálculos renales)	Yes(Sí)	No(No)
D. Depression(Depresión)	Yes(Sí)	No(No)
E. Taking Lithium(Tomando litio)	Yes(Sí)	No(No)
F. History of cancer(Historia de cancer)	Yes(Sí)	No(No)

5. Do you have any of the following symptoms(¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?):

A. Fatigue(Fatiga)	Yes(Sí)	No(No)
B. Nausea(Náuseas)	Yes(Sí)	No(No)
C. Constipation(El estreñimiento)	Yes(Sí)	No(No)
D. Frequent urination(Micción frecuente)	Yes(Sí)	No(No)
E. Poor appetite(Falta de apetito)	Yes(Sí)	No(No)