

Endocrinology & Diabetes Care Center

M. MUJAHID BAIG, M.D. F.A.C.E

Thyroid History(Historia tiroides):

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

1. How did the thyroid problem come to your attention?(¿Cómo el problema de la tiroides vino a su atención?)

2. What is the most bothersome symptom?(¿Cuál es el síntoma más molesto?) _____
3. Did you have a thyroid disease in the past?(¿Ha tenido una enfermedad de la tiroides el pasado?) Yes(Sí) No(No)
4. Do you have a history of thyroid surgery?(¿Tiene antecedentes de cirugía de tiroides?) Yes(Sí) No(No)
5. Have you ever received radiation treatment for any reason?(Ha recibido tratamiento de radiación por cualquier motivo?) Yes(Sí) No(No)

Females(Las hembras):

6. Are you menopausal?(¿Estas menopausica?) Yes(Sí) No(No)
7. Are you pregnant?(¿Esta usted embarazada?) Yes(Sí) No(No)
If not, are your periods regular?(Si no son sus períodos regulares?) Yes(Sí) No(No)
8. When was your last period?(Cuando fue su último periodo?) _____

Over active thyroid:(Hipertiroidismo)

Do you have:(Tiene usted?)

- | | | |
|--|---------|--------|
| A. Irritability/shakiness(Irritabilidad y temblores) | Yes(Sí) | No(No) |
| B. Have you lost any weight(Usted ha perdido cualquier peso) | Yes(Sí) | No(No) |
| C. Loose or frequent bowel movements(Suelta o evacuaciones frecuentes) | Yes(Sí) | No(No) |
| D. Change in energy level(Cambio en el nivel de energía) | Yes(Sí) | No(No) |
| E. Bulging or sandy eyes(ojos saltones o arena) | Yes(Sí) | No(No) |
| F. Palpitations(Palpitaciones) | Yes(Sí) | No(No) |
| G. Warm intolerance(Intolerancia al caliente) | Yes(Sí) | No(No) |

Under active thyroid:(En tiroides active)

Do you have:(Tiene usted?)

- | | | |
|---|---------|--------|
| A. Change in energy level(Cambios en el nivel de energía) | Yes(Sí) | No(No) |
| B. Constipation(Estreñimiento) | Yes(Sí) | No(No) |
| C. Cold intolerance(Intolerancia al frío) | Yes(Sí) | No(No) |
| D. Muscle weakness/cramps(Debilidad muscular o calambres) | Yes(Sí) | No(No) |