

# 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 Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.

5ª Avenida 5-55, Zona 14 • Europlaza World Business Center, Torre III, Nivel 11, Oficina 1103 • Ciudad de Guatemala  
PBX: 2300-8000 • www.bupasalud.com/MiBupa