

## CUESTIONARIO PATOLOGÍA METABÓLICA

Se solicita que el diligenciamiento del cuestionario sea por el cliente  
Favor adjuntar historia clínica de la EPS menor a 6 meses

Nombre:	Documento:	Edad:	Peso: (en Kg)	Talla: (en cms)
<b>1. Informe antecedente</b>				
Dislipidemia Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo				
Diabetes Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Juvenil <input type="checkbox"/> Insípida <input type="checkbox"/> Complicaciones: DAÑO DE OJO <input type="checkbox"/> FALLA RENAL <input type="checkbox"/> ÚLCERAS <input type="checkbox"/> COMA DIABÉTICO <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> PROTEÍNA EN ORINA <input type="checkbox"/> PIE DIABÉTICO <input type="checkbox"/> AMPUTACIONES <input type="checkbox"/>				
Trastornos tiroideos: HIPOTIROIDISMO <input type="checkbox"/> HIPERTIROIDISMO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE GRAVES <input type="checkbox"/> TIROIDES <input type="checkbox"/>				
Exámenes diagnósticos: TSH, T3 Y T4 <input type="checkbox"/> ECOGRAFÍA DE TIROIDES <input type="checkbox"/> BIOPSIA DE TIROIDES <input type="checkbox"/> GAMAGRAFÍA DE TIROIDES <input type="checkbox"/>				
2. Fecha de diagnóstico				
	Día	Mes	Año	
<b>3. Tratamiento</b>				
Dieta		Fármacos	Ejercicio	Otros
4. ¿Ha requerido manejo en urgencias, hospitalización o UCI? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Informe detallado				
5. Incluya cualquier información adicional que considere relevante respecto al antecedente objeto de este cuestionario				
<b>LUGAR Y FECHA</b>				
		Día	Mes	Año
				<b>FIRMA Y REGISTRO MÉDICO</b>