

CUESTIONARIO DE SALUD HDI - 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)	
1. Informe Antecedente													
Dislipidemia Si ☐ No ☐ Tipo													
Diabetes Si ☐ No ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Juvenil ☐ Insípida ☐ Complicaciones: DAÑO DE OJO ☐ FALLA RENAL ☐ PIE DIABÉTICO ☐ AMPUTACIONES ☐ PROTEINA EN ORINA ☐ ÚLCERAS ☐ COMA DIABÉTICO ☐ OTRA ☐													
Trastornos Tiroideos: HIPOTIROIDISMO ☐ HIPERTIROIDISMO ☐ ENFERMEDAD DE GRAVES ☐ TIROIDES ☐ Exámenes Diagnósticos: TSH, T3 Y T4 ☐ ECOGRAFÍA DE TIROIDES ☐ BIOPSIA DE TIROIDES ☐ GAMAGRAFÍA DE TIROIDES ☐													
2. Fecha de Diagnóstico		Día		Mes		Año							
3. Tratamiento													
Dieta				Fármacos				Ejercicio				Otros	
4. ¿Ha requerido manejo en Urgencias, Hospitalización o UCI? Si ☐ No ☐ Informe detallado													
5. Incluya cualquier información adicional que considere relevante respecto al antecedente objeto de este cuestionario													
LUGAR Y FECHA													
				Día		Mes		Año		FIRMA DEL PACIENTE			