

Clínica de Cirugía Endocrina Norman

2400 Cypress Glen Dr Wesley Chapel, Fl 33544

Teléfono: 813.972.0000 Fax: 813.972.0077

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE PARATIROIDES

Esta información pasará a formar parte de su expediente médico y no será divulgada sin su previa autorización por escrito. Esta solicitud en línea está en un servidor seguro. Haga clic en el sello de la izquierda para obtener más información acerca de la autenticación del certificado.



Esta es una declaración de privacidad

FORMA SEGURA: Cualquier información proporcionada por el consumidor o cliente a través de nuestros formularios en línea que se celebrará en la más estricta confidencialidad. Ninguna información será compartida con otros.

Utilice la tecla "TAB" --- NO pulse la tecla 'RETURN' ---

NOMBRE:	Apellido <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> Otro Título <input type="text"/>
ENVIADO POR:	<input type="checkbox"/> Referido por mi <input type="checkbox"/> Referido por doctor: <input type="text"/>
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="text"/> ¡preferimos ponernos en contacto con usted de esta manera!
NÚMEROS DE TELÉFONO	Casa <input type="text"/> Comercial <input type="text"/> Célular <input type="text"/>
DIRECCIÓN DE SU CASA:	<input type="text"/> Ciudad <input type="text"/> Estado <input type="text"/> Código postal <input type="text"/>
SEXO:	<input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Varón Fecha de Nacimiento <input type="text"/>
EDAD:	<input type="text"/> ALTURA: <input type="text"/> PESO: <input type="text"/>
MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO	NOMBRE: <input type="text"/> TELÉFONO: <input type="text"/> FAX: <input type="text"/> DIRECCIÓN: <input type="text"/> CIUDAD: <input type="text"/> ESTADO: <input type="text"/> CÓDIGO POSTAL: <input type="text"/>
ENDOCRINOLOGO	NOMBRE: <input type="text"/> TELÉFONO: <input type="text"/> FAX: <input type="text"/> DIRECCIÓN: <input type="text"/> CIUDAD: <input type="text"/> ESTADO: <input type="text"/> CÓDIGO POSTAL: <input type="text"/>
CUALQUIER OTRO NOMBRE DE MÉDICO	NOMBRE: <input type="text"/> TELÉFONO: <input type="text"/> FAX: <input type="text"/> DIRECCIÓN: <input type="text"/> CIUDAD: <input type="text"/> ESTADO: <input type="text"/> CÓDIGO POSTAL: <input type="text"/> ¿EL TIPO DE DOCTOR (Cuál es su especialidad?) <input type="text"/>

Cuéntenos acerca de su enfermedad paratiroidea.

Por favor, sea breve.

Si usted desea dar más de una descripción narrativa de su problema, por favor, rellene este formulario y después envíe más detalles y la narrativa vía el email a: Kelly@parathyroid.com

¿Cuanto tiempo usted ha tenido hyperparatiroidismo (enfermedad paratiroidea)?

¿Cómo se descubrió su enfermedad paratiroidea?

¿Usted y a tuvo una operación paratiroidea, pero todavía tiene la enfermedad?

¿Usted ha visto a un cirujano para su enfermedad paratiroidea? ¿Si es así qué dicen él / ella sobre la operación?

¿Si has visto un cirujano para su enfermedad paratiroidea pero optaron por no operarse con él/ella explique brevemente por qué esa decisión?

¿Usted tiene insuficiencia renal? Ha tenido alguna vez ha tenido insuficiencia renal y necesitaba recibir diálisis? Alguna vez has tenido un trasplante de riñón?

¿Alguna vez ha tenido cálculos renales? ¿Cuántas veces? Cuando fue la última piedra?

¿Tienes Osteoporosis (huesos delgados)? ¿Han tenido un análisis DEXA (un análisis de densidad ósea)?

¿Ha tenido cirugía en el cuello anteriormente? (Ejemplos: las operaciones de la paratiroides, tiroides, traqueotomía).

¿Alguna vez le han dado Iodo radiactivo para la glándula tiroidea?

POR FAVOR MARQUE CUALQUIER SÍNTOMA/CONDICIONES QUE PUEDE HABER EXPERIMENTADO:

HISTORIA DE PARATIROIDES:

<input type="checkbox"/> Me siento viejo y mi ejecución ha bajado	<input type="checkbox"/> Piedras en los riñones	<input type="checkbox"/> La osteoporosis / enrarecimiento de los huesos
<input type="checkbox"/> No duermo bien	<input type="checkbox"/> Tiene problemas con la memoria	<input type="checkbox"/> Calambre ocasional
<input type="checkbox"/> Familia dice que estoy irritable y de mal humor!	<input type="checkbox"/> Tiene problemas para concentrarse	<input type="checkbox"/> La presión arterial esta alta
<input type="checkbox"/> Cansado todo el tiempo y fatigada/fatigado	<input type="checkbox"/> Dolor de huesos	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes

<input type="checkbox"/> Problemas del ritmo cardiaco	<input type="checkbox"/> Disminución del deseo sexual	<input type="checkbox"/> Nada ... Me siento bien!
---	---	---

HISTORIA DE TIROIDES:

<input type="checkbox"/> Cirugía o (biopsia quirúrgica)	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Tomo la hormona tiroidea todos los días
<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Historia de la tiroiditis de Hasimoto	<input type="checkbox"/> Me han dado Iodo radiactivo
<input type="checkbox"/> Bocio de tiroides	<input type="checkbox"/> Nódulos de tiroides	<input type="checkbox"/> No hay problemas de tiroides

MAMA / PECHO:

<input type="checkbox"/> Cirugía	<input type="checkbox"/> Cáncer de Mama	<input type="checkbox"/> Otros síntomas / Condiciones
----------------------------------	---	---

CARDIOVASCULAR:

<input type="checkbox"/> Cirugía	<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho
<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> La presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Otros síntomas / Condiciones
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Sangro con facilidad	<input type="checkbox"/> No hay síntomas cardiovasculares

OREJAS:

<input type="checkbox"/> Cirugía	<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> Mareos
<input type="checkbox"/> Audífonos	<input type="checkbox"/> Otros síntomas / Condiciones	<input type="checkbox"/> No hay síntomas del oído/Condiciones

OJOS:

<input type="checkbox"/> Cirugía	<input type="checkbox"/> Visión borrosa / doble	<input type="checkbox"/> Usa lentes / Contactos
<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Otros síntomas / Condiciones

GASTROINTESTINAL:

<input type="checkbox"/> Enfermedad de reflujo ácido (GERD)	<input type="checkbox"/> Hepatitis (cualquier tipo) en el pasado	<input type="checkbox"/> Antiácidos o bloqueadores de ácido
<input type="checkbox"/> Pancreatitis	<input type="checkbox"/> Actualmente contamos con hepatitis activa	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn / Colitis
<input type="checkbox"/> Los cálculos biliares (presente ahora)	<input type="checkbox"/> Los cálculos biliares (extirpado la vesícula biliar)	<input type="checkbox"/> Otros síntomas / Condiciones

DIABETES:

<input type="checkbox"/> Tengo diabetes, pero la controlo con la dieta	<input type="checkbox"/> Tengo diabetes, pero la controlo con pastillas	<input type="checkbox"/> Tengo diabetes y necesito insulina diariamente
--	---	---

NEUROMUSCULAR:

<input type="checkbox"/> La cirugía neurológica en el pasado	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Hormigueo de las extremidades
<input type="checkbox"/> Atrofia	<input type="checkbox"/> Neuritis	<input type="checkbox"/> Otros síntomas / Condiciones
<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Ninguno

ORTOPEDIA:

<input type="checkbox"/> Cirugía Ortopédica en el pasado	<input type="checkbox"/> Duelen los huesos	<input type="checkbox"/> Las fracturas recientes
<input type="checkbox"/> La artritis	<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Otros síntomas / Condiciones
<input type="checkbox"/> Reemplazo de una articulación	<input type="checkbox"/> La gota	<input type="checkbox"/> Ninguno

RESPIRATORIO:

<input type="checkbox"/> La cirugía	<input type="checkbox"/> La tos crónica	<input type="checkbox"/> Corto de respiración
<input type="checkbox"/> Tos con sangre	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Otros síntomas / Condiciones
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Las alergias estacionales	<input type="checkbox"/> Ninguno

URINARIO:

<input type="checkbox"/> La cirugía	<input type="checkbox"/> La infección urinaria (s)	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina
<input type="checkbox"/> Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> Frecuencia	<input type="checkbox"/> Otros síntomas / Condiciones
<input type="checkbox"/> Problemas de la próstata (en hombres)	<input type="checkbox"/> Urgencia	<input type="checkbox"/> Ninguno

SÓLO PARA MUJERES:

	Aún tiene períodos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha del último período: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Se encuentra embarazada	Número de embarazos: <input type="text"/>	Número de nacidos vivos: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Períodos irregulares	<input type="checkbox"/> Tiene menopausia	<input type="checkbox"/> Toma reemplazo hormonal

ESTILO DE VIDA:

	¿Tiene usted una historia de fumar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usa otros productos de tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Paquete (s) / día: <input type="text"/>	Año de inicio: <input type="text"/>	Cuando dejó de fumar? <input type="text"/>

Bebidas alcohólicas: <input type="text"/> por: <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Año	Alcohólico en recuperación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año de tratamiento: <input type="text"/>
CONSIDERACIONES ESPECIALES:	<input type="checkbox"/> Uso de un andador	<input type="checkbox"/> Yo uso una silla de ruedas
<input type="checkbox"/> Estoy incapacitado por mi vision	<input type="checkbox"/> Estoy con problemas de audición	<input type="checkbox"/> Tengo VIH y / o SIDA

HISTORIA / DE CIRUGÍA

¿Está tomando un adelgazador de la sangre? (Por ejemplo: Warfarin, Coumadin, Aspirina). ¿Cuánto, con qué frecuencia? <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
¿Ha tenido transfusiones de sangre? ¿Cuántas? ¿En qué año? ¿Por qué razón? <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

OPERACIONES ANTERIORES	AÑO QUE SE PRACTICARON
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>

MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

QUE ESTA USANDO:

MEDICAMENTOS	DOSIS	¿CUANTOS?	CON QUE FRECUENCIA	CUANDO SE TOMA
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>

MEDICAMENTO (S) / PRODUCTO (S) MEDICO (S) USTED ES ALERGICO AL:

MEDICAMENTOS / PRODUCTO	ALERGIA- O-REACCION ALERGICA

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR:

PADRE: Edad actual: <input type="text"/> Edad de muerte: <input type="text"/>	Las enfermedades graves: <input type="text"/> Causa de muerte: <input type="text"/>
MADRE: Edad actual: <input type="text"/> Edad de muerte: <input type="text"/>	Las enfermedades graves: <input type="text"/> Causa de muerte: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> HERMANA Edad actual: <input type="text"/> Edad de muerte: <input type="text"/>	Las enfermedades graves: <input type="text"/> Causa de muerte: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> HERMANA Edad actual: <input type="text"/> Edad de muerte: <input type="text"/>	Las enfermedades graves: <input type="text"/> Causa de muerte: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> HERMANA Edad actual: <input type="text"/> Edad de muerte: <input type="text"/>	Las enfermedades graves: <input type="text"/> Causa de muerte: <input type="text"/>

CONDICIONES QUE USTED O SUS FAMILIARES TIENEN

PROBLEMAS DE PARATIROIDES: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Padre (s) <input type="checkbox"/> Hermano (s) <input type="checkbox"/> Otro familiar	Edad / circunstancias: <input type="text"/>
PROBLEMAS DE TIRIOIDES: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Padre (s) <input type="checkbox"/> Hermano (s) <input type="checkbox"/> Otro familiar	Edad / circunstancias: <input type="text"/>
PROBLEMAS DE GLANDULA PITUITARIA: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Padre (s) <input type="checkbox"/> Hermano (s) <input type="checkbox"/> Otro familiar	Edad / circunstancias: <input type="text"/>
PROBLEMAS CON LA GLÁNDULA SUPRARRENAL: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Padre (s) <input type="checkbox"/> Hermano (s) <input type="checkbox"/> Otro familiar	Edad / circunstancias: <input type="text"/>

Preferencias de Comunicación Telefónica

Nuestros médicos llaman los pacientes 7 días a la semana para discutir su caso y desarrollar un plan para de cirugía si esto es indicado:
¿Estaría bien para que lo llamen desde las 6:00 am? <input type="checkbox"/> Sí, utilizar mi número de teléfono de la casa <input type="checkbox"/> Sí, utilizar mi número de teléfono celular <input type="checkbox"/> No, por favor llame durante horas regulares
¿Estaría bien para que lo llamen a usted tan tarde como las 10:30pm? <input type="checkbox"/> Sí, utilizar mi número de teléfono de su casa <input type="checkbox"/> Sí, utilizar mi número de teléfono celular <input type="checkbox"/> No, por favor llame durante horas regulares

Aviso legal de presentación:

**Esta información se convertirá en parte de su archivos medico
Y no será divulgada sin su previa autorización escrita.**

**Esta información sólo se puede acceder por el personal de enfermeria de la
Clínica de Cirugía Endocrina Norman.**

**Por favor, compruebe sus respuestas antes de enviar!
Usted debe leer nuestra declaración de privacidad y marque la casilla
"ACEPTO" caja:**

**He leído la Declaración de privacidad HIPAA de la Clínica de Cirugía Endocrina Norman.
(HAGA CLIC AQUÍ PARA VER)
y estoy de acuerdo con sus términos.**

ESTOY DE ACUERDO

**He leído el formulario de ABN y entiendo que habrá una cantidad por consulta que tendré
que pagar si yo no vivo en el área inmediata de Tampa Bay. Yo entiendo que mi seguro no va
a pagar esta tasa.**

ESTOY DE ACUERDO

Lea el texto completo de la Comunicación de prácticas de privacidad de la Clínica de Cirugía Endocrina Norman.

**Derechos de Autor © 1996 - 2011 Clínica de Cirugía Endocrina Norman
Reservados todos los derechos, re-impresión requiere la aprobación por escrito.**

[Debe - Leer - Descargo de Responsabilidad](#)