

DIABETES ASSOICATES MEDICAL GROUP

CUESTIONARIO de DESORDEN de CALCIO

Nombre paciente:

La fecha del Nacimiento:

RODEE LOS SINTOMAS que USTED TIENE: fatiga, calambres de músculo, los espasmos de las manos, el espasmo de la garganta, calambres intestinales, para hacer una mueca facial involuntario, las tomas, las cataratas, clavan los cambios, la irritabilidad, anublar mental, niebla mental, alboroto psiquiátrico, la depresión.

RODEE LOS SINTOMAS que USTED TIENE: La pérdida de apetito, digestión anormal, la pérdida de peso, constription crónico, diarrea crónica, la náusea, las palpitaciones o golpe anormal de corazón, frecuentan micción, sed excesiva, la micción en mitad de la noche, dolor de flanco, dolor de hueso, fractura de hueso, la osteoporosis, dolor abdominal, pancreatitis, úlcera de estómago, los cálculos renales, la sangre en la orina, frecuente las infecciones de vesícula, problemas de riñón.

RODEE LOS SINTOMAS que USTED TIENE: La pérdida de cabello, parches blancos de piel, piel micótica crónica o clava la infección.

RODEE LOS SINTOMAS que USTED TIENE: El desorden del calcio, desorden de parathyroid, desorden de tiroides, la osteoporosis, los cálculos renales, estatura corta, bowlegs, atraso mental, las tomas, difícil a trata Hipertensión, Sarcoidosis, la Tuberculosis, tiroides hiperactivo, la enfermedad suprarrenal, Acromegaly, Pheochromocytoma, erupción crónica de piel.

RODEE LOS SINTOMAS que USTED TIENE: El desorden del calcio, desorden de parathyroid, desorden de tiroides, osteoporsis, el cálculo renal, estatura corta, bowlegs, atraso mental, las tomas.

CONTESTE POR FAVOR ESTAS PREGUNTAS

¿Incluye su dieta alimentos de lechería, verduras frondosas verdes, la soja, las sardinas?

¿Cuánta leche bebe usted en un día?

¿Rutinariamente toma usted laxantes?

¿Rountinely toma usted enemas?

¿Rutinariamente toma usted antiácidos?

¿Rutinariamente utiliza usted lociones de bloque de sol?

¿Rutinariamente trata usted evitar exposición de luz del sol?

¿Tiene usted una historia de cáncer?

¿Ha tenido usted una cirugía de cuello?

¿Ha tenido usted radioterapia de cuello?

¿Toma usted medicinas como Litio, Hydrochlorothiazide, Maxzide, Theophylline, suplementos de múltiplo, dosis excesiva de Calcio, la Vitamina D o la Vitamina A?

¿Qué es su nombre de farmacia? -----

¿Qué es su número de teléfono de farmacia? -----

¿Qué es su número de fax de farmacia? -----

Liste todas sus medicinas -----
