Facility/ Clinica:_____

RADNET MANAGEMENT, INC.
A premier network of centers providing diagnostic radiology and imaging services.™

Thyroid Patient Information Sheet

FORM.POL.002
Effective Date 12/6/12

Name:_____MR#_____Date:_____

1. **What physician referred you here**?_____
   ¿Qué médico le refirió aquí?
2. **Why did your doctor order this test?**_____
   _____
   ¿Por qué su doctor pidió esta prueba?
3. **Have you, in the last six months had any of these radiology tests?**
   ¿Usted, en los seis meses pasados ha tenido cualesquiera de estas pruebas del radioogy?

☐ **Thyroid US** ☐ **Any Nuclear Medicine Test** ☐ **IVP (kidney)** ☐ **CT** ☐ Angiogram ☐ Catheterization
☐ *Tiroides US* ☐ *cualquier prueba en Medicine Nuclear* ☐ *IVP (riñón)* ☐ *CT* ☐ *Angiograma* ☐ *Cateterización*

THYROID MEDICAL

HISTORY	**Yes**	**No**
1. **Palpitations(heart pounding)** *Palpitaciones*	☐	☐
2. **Heat intolerance** *Intolerancia al calor*	☐	☐
3. **Cold intolerance** *Intolerancia al frio*	☐	☐
4. **Hand shaking(tremor)** *Temblor en las manos*	☐	☐

5. **Have you ever had thyroid surgery?** _____
   Ah tenido alguna operacion en las tiroides?

6. **Perspiration** *Transpiración*	☐ **Increase** ☐ *Aumento*	☐**Normal** ☐ *Normal*	
7. **Weakness** Debilidad	☐ **Increase** ☐ *Aumento*	☐**Normal** ☐ *Normal*	
8. **Nervousness** *Nerviosismo*	☐ **Increase** ☐ *Aumento*	☐**Normal** ☐ *Normal*	
9. **Appetite** *Apetito*	☐ **Increase** ☐ *Aumento*	☐**Normal** ☐ *Normal*	
10. **Bowel Habits** Hábitos del intestino.	☐ **Diarrhea** ☐ *Diarrea*	☐ **Normal** ☐ *Normal*	☐ **Constipation** ☐ *Estreñimiento* _____
11. **Eye Trouble** *Problemas con la vista*	☐ **Blurry** ☐ *Borroso*	☐ **Normal** ☐ *Normal*	☐ **Double Vision** ☐ *Vision Doble* _____
12. **Weight** *Peso*	☐ **Loss** ☐ *Perdida*	☐ **Steady** ☐ *Constante*	☐ **Gain** ☐ *Aumento* _____

MEDICATIONS: - What medicines do you take?

	Yes	**No**
Cytomel or Liothyronine	☐	☐
PTU of Propylthioracil	☐	☐
Synthroid or Levothyroxine/Levoxol	☐	☐
Tapazole or Methiamaxole	☐	☐
Thyroid or Armour Thyroid	☐	☐

Date Last Taken _____
Others please list
_____

Does anyone in your family have a thyroid problem If yes, who and what?
¿Alguien en su familia tiene problema de la tiroides? Si si, quien y que _____
_____

For female patients:

Menstrual history: Last menstrual period?_____ ***Any chance of pregnancy?***_____
Hysterectomy? When? _____
Menopause ? _____