

ENDOCRINE ASSOCIATES OF FLORIDA P.A.

766 N. Sun Drive Suite 2060

Lake Mary, FL 32746

(P) 407-936-3860 (F) 407-936-3866

Victor L. Roberts, M.D. Lucy Duque-Roberts, DNP, ARNP-C

Attn: Nuevos Pacientes

Gracias por haber elegido a Endocrine Associates of Florida P.A. para su atención médica y bienvenido a nuestro consultorio medico.

A continuación encontrara la información necesaria para su primera consulta. Complete todos los formularios y tráigalos a la consulta. **POR FAVOR LLEGUE AL MENOS 20 MINUTOS ANTES** de su cita para poder procesar su documentación.

Por favor traiga con usted los siguientes documentos:

1. TARJETA DEL SEGURO.
2. LICENCIA DE CONDUCIR/DOCUMENTO DE IDENTIFICACION CON FOTO.
3. RESULTADOS DE LABORATORIOS Y/O DE EXAMENES O HISTORIAL MEDICO EMITIDOS POR EL MEDICO QUE LE DIO DE REFERENCIA. SI USTED SE PRESENTA A LA CITA SIN ESTOS DOCUMENTOS O SIN QUE SU MEDICO HAYA MANDADO SU HISTORIAL MEDICO... NO SERA ATENDIDO.
4. UNA LISTA DE TODOS SUS MEDICAMENTOS Y LAS DOSIS QUE ESTA TOMANDO COMO TAMBIEN EL NOMBRE Y EL TELEFONO DE SU FARMACIA LOCAL. (Nosotros enviamos las recetas electrónicamente a su farmacia).
5. AUTORIZACION/NUMERO DE REFERNCIA EXPEDIDO POR SU MEDICO DE ATENCION PRIMARIA O DE FAMILIA (SI APLICA).
6. ALGUN COPAGO O DEDUCIBLE DEL QUE USTED ES RESPONSIBLE POR PAGAR, SERA COBRADO AL INICIARSE SU CONSULTA. POR FAVOR PREPARESE PARA REALIZAR ESTE PAGO. SI NO ESTA SEGURO/A DE SU COPAGO O DEDUCIBLE, POR FAVOR ANTES DE SU VISITA CONSULTE CON SU COMPANIA DE SEGURO.

Si tiene un plan HMO, EPO, o POS y requiere una orden de referencia para ver a un especialista, por favor asegúrese de ponerse en contacto con su medico primario o de familia, para que esta importante información se la envíen ANTES de su cita. Si no tene esta autorización, nos veremos obligados a reprogramar su cita.

Gracias por confiar en nosotros y darnos la oportunidad de asistirlo/a con el cuidado de su salud.

Atentamente,

Médicos y Personal

ENDOCRINE ASSOCIATES OF FLORIDA, P.A.

**CONTRATO DE CUIDADO
ENTRE ASOCIADOS ENDOCRINOS Y NUESTROS PACIENTES**

Los médicos y el personal de Endocrine Associates of Florida están contentos de que nos haya elegido para proporcionar la atención médica necesaria en la especialidad de Endocrinología. Para ayudar a aclarar nuestra relación profesional, queremos revisar importantes cuestiones y expectativas:

- 1) Los médicos y el personal harán todo lo posible para abordar sus inquietudes y esperan la cooperación de usted, como paciente, para cumplir con todas las políticas y procedimientos de esta oficina.
- 2) No llamamos ni hablamos por teléfono sobre resultados de laboratorios / pruebas, independientemente de si los resultados son normales o anormales. Es responsabilidad del paciente mantener una cita de seguimiento para analizar los resultados. Esta política ha sido el resultado de preocupaciones sobre la privacidad, y para asegurar que exista una discusión cara a cara entre médicos y pacientes sobre cualquier resultado y planes de seguimiento.
- 3) Una cita para vernos es un acuerdo mutuo para devolver la atención necesaria. En el caso de que pierda una cita sin avisarnos con al menos 24 horas de anticipación, se le cobrará una tarifa de no presentación.
- 4) En el caso improbable de que SE PIERDA, CANCELE o RESTABLEZCA 3 CITAS CONSECUTIVAS, o 2 visitas sin llegar, no nos dará más opción que TERMINAR nuestra relación profesional.
- 5) Es responsabilidad del paciente informar a esta práctica que se han mudado y / o están transfiriendo su cuidado a otro médico.
- 6) Como consultores en endocrinología, diabetes y metabolismo, nuestro papel es proporcionarle orientación a usted y a su médico de atención primaria. No servimos en calidad de médico de atención primaria o internista. Si necesita el nombre de un médico de atención primaria, hable con nuestro personal antes de irse de la oficina.
- 7) Su contrato de seguro es entre usted y su compañía de seguros. Es SU responsabilidad entender los términos y beneficios de su contrato. Si no está seguro de estos beneficios, debe comunicarse con su seguro antes de su visita. **SI REQUIERE UNA REFERENCIA O AUTORIZACIÓN PARA VERNOS, ES SU RESPONSABILIDAD COMUNICARSE CON SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA OBTENERLA Y TENERLA AQUÍ PARA SU VISITA. SI LLEGA SIN UNA REFERENCIA O AUTORIZACIÓN, SU CITA SERÁ REPROGRADA.**
- 8) Muchos de nuestros pacientes tienen condiciones crónicas que requieren supervisión de por vida. Los médicos harán todo lo posible para ayudarlo, pero necesitamos su cooperación para manejar su condición. Una vez estable, el médico puede referirlo nuevamente a su PCP sin necesidad de seguimiento con nosotros. En caso de que las circunstancias cambien y requieran una revisión, estaremos encantados de volver a verlo con una referencia de su médico de atención primaria.
- 9) Creemos firmemente que EL PACIENTE tiene la responsabilidad final de su atención médica. Como tal, los médicos le harán recomendaciones y esperamos que siga este consejo a menos que se nos informe lo contrario. En el caso poco probable de que un paciente no cumpla con el consejo médico de nuestros médicos, entonces no tendremos más opción que terminar nuestra relación profesional.
- 10) Nuestra práctica se limita a la atención del paciente EN LA OFICINA. NO admitimos ni consultamos a pacientes que ingresan en el hospital.

Firma del paciente o padre/madre/tutor

Fecha

ENDOCRINE ASSOCIATES OF FLORIDA, P.A.
POLÍTICA FINANCIERA

POR FAVOR, LEA TODA LA INFORMACIÓN Y FIRME

EL PAGO SE DEBE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO a menos que los arreglos de pago hayan sido aprobados por adelantado.

ACEPTAMOS EL PAGO POR - efectivo, Visa, MasterCard, American Express, or Discover Card. **No aceptamos cheques.**

Cobraremos su deducible, copago, servicios no cubiertos o porcentaje de coaseguro al momento de la consulta. Está preparado para pagar **ANTES** de que el médico lo vea.

- PACIENTES ASEGURADOS -

Nuestra práctica no está en todos los planes de seguro y todos nuestros médicos no participan en los mismos planes. *Se le recomienda que usted verifique que el médico que está viendo esté en su plan.* Si su plan requiere una *Referencia primaria* o *médico de atención pre-autorización*, no podemos proporcionar el tratamiento o la prueba hasta que se reciba la autorización o la referencia. No todos los servicios son un beneficio cubierto de todas las pólizas de seguro. *Le recomendamos que se informe de cualquier exclusion de su poliza, como el pago por servicios no cubiertos que será su responsabilidad.*

MEDICARE - Aceptamos la asignación en todos los reclamos de Medicare. También presentaremos reclamos de Suplemento de Medicare (excepto Medicaid). Los pacientes cubiertos por la Parte B de Medicare deben traer la tarjeta de Medicare y la tarjeta de su poliza. *Si cambia a un Plan Medicare Advantage, infórmenos de inmediato.*

MEDICAID - NO aceptamos planes de Medicaid o Medicaid Advantage de ningún tipo.

HMO/PPO - Los pacientes deben traer la tarjeta HMO / PPO, su referencia o autorización (si es necesario) y estar preparados para pagar al momento del servicio. Para los pacientes HMO, **USTED** es responsable de asegurarse de que su médico de atención primaria nos haya enviado la referencia adecuada y **USTED SERÁ RESPONSABLE DE LOS SALDOS NO PAGADOS DEBIDO A LA FALTA DE REFERENCIA O AUTORIZACIÓN.**

Seguros privados / Seguros fuera de la red - Presentaremos reclamos de seguro privados y fuera de la red reclama como cortesía a nuestros pacientes *si podemos verificar los beneficios antes de la hora del servicio.* El pago de la *porción* no asegurada (deducible y coaseguro) se debe pagar en el momento del servicio.

Archivaremos los **SEGUROS PRIMARIOS SOLAMENTE.** Si tiene varios seguros, **USTED** será responsable de enviar los formularios necesarios para el reembolso directamente a usted. Solo presentaremos seguro secundario si Medicare es primario.

Su seguro le enviará una explicación de los beneficios que explica lo que pagaron en nuestra oficina. Este es un registro que debe mantener en el archivo.

Si su seguro niega el pago de su reclamo, se le pedirá que pague por los servicios prestados. Aceptamos efectivo, tarjetas de crédito y tarjetas de débito como formas de pago. **Cualquier saldo en su cuenta no pagado después de 90 días, se enviará a una agencia de cobranza externa para pago y sera terminada NUESTRA relacion professional.**

**ENDOCRINE ASSOCIATES OF FLORIDA, P.A.
POLÍTICA FINANCIERA**

- PACIENTES SIN SEGURO -

Los pacientes que no están cubiertos por ningún plan de seguro o que están cubiertos por pólizas de seguro que no podemos facturar directamente deben esperar pagar por los servicios facturados a nuestras tarifas estándar. Las siguientes estimaciones son solo guías.

Los nuevos pacientes deben estar preparados para pagar \$ 250 por la consulta inicial.

Los pacientes establecidos deben estar preparados para pagar \$ 85 - \$ 100 por cada visita de seguimiento.

Servicios adicionales, tales como pruebas de diagnóstico y laboratorios, pueden ser necesarios durante cualquier visita. Estos servicios adicionales no están incluidos en las estimaciones anteriores y se ofrecen a un costo adicional.

- SI NO ATIENDE A SU CITA -

Los pacientes que pierdan sus citas sin llamar y cancelar o reprogramar al menos veinticuatro horas antes de la cita se les cobrará una tarifa de \$ 25. A los nuevos pacientes se les cobrará una tarifa de \$ 50 por reprogramar o perder una cita. Los pacientes que se presentan a su cita con más de 15 minutos de retraso pueden tener que reprogramar su cita para una fecha / hora posterior ya que la hora de la cita original puede no estar disponible. En el caso de que no se presente a 2 citas consecutivas, no nos dará ninguna opción que finalizar nuestra relación profesional.

- SOLICITUD DE REGISTROS -

Si solicita copias o transferencia de registros médicos, se le cobrará \$ 1 por página hasta 25 páginas, y luego \$ 0.25 adicionales por página a partir de entonces. Esto está de acuerdo con los estatutos de Florida.

- FORMULARIO COMPLETO -

Nuestra oficina cobra una tarifa plana de \$ 25 por completar cualquier formulario que requiera que el médico revise su tabla y la complete. *Se requiere prepago antes de que se complete el formulario.*

Acepto cumplir con la política financiera de Endocrine Associates of Florida:

Firma del paciente o tutor

Fecha

ENDOCRINE ASSOCIATES OF FL, P.A.

Formulario de consentimiento del paciente de conformidad HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida. El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted asegura que con su firma ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar, de ser así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma / fecha.

Usted tiene derecho a restringir cómo se usa y divulga su información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996) permite el uso de la información para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. The practice reserves the right to change the privacy policy as allowed by law.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán.
- La práctica puede proporcionar tratamiento luego de la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos telefonarle, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas? SÍ NO

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? SÍ NO

¿Podemos discutir su condición médica con algún miembro de su familia? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, indique los miembros permitidos:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre del paciente: _____

(IMPRIMIR NOMBRE POR FAVOR)

Firma del paciente o tutor legal: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

ENDOCRINE ASSOCIATES OF FL, P.A.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PORTAL DEL PACIENTE

Al firmar a continuación, autorizo a Endocrine Associates of Florida P.A. para enviar comunicaciones por correo electrónico con respecto al portal del paciente a la dirección de correo electrónico identificada a continuación y dar mi consentimiento expreso para que mi información médica esté disponible para mí mediante MyHealthRecord.com. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia completa de este consentimiento.

Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre de pila Fecha de nacimiento

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Imprima o escriba claramente la dirección de correo electrónico autorizada para recibir la invitación por correo electrónico.:

Por favor, vuelva a imprimir o vuelva a escribir la dirección de correo electrónico autorizada para recibir la invitación por correo electrónico.:

Complete lo siguiente si la dirección de correo electrónico no pertenece al paciente:

Recipiente: _____
Apellido Nombre de pila

Relación con el paciente

Entiendo que mi información de salud está protegida por la ley federal y estatal. Este consentimiento se aplica a los registros que pueden contener información relacionada con las pruebas, el diagnóstico o el tratamiento de las afecciones y están protegidos por la Ley de Florida. Este consentimiento permanecerá vigente a menos que desactive mi cuenta o se envíe una notificación por escrito a Endocrine Associates of Florida, P.A.

Entiendo que mi nombre de usuario y contraseña serán exclusivos de mi información de salud y compartir mi nombre de usuario y contraseña puede otorgar a otros acceso a mi información de salud. Además, entiendo que cualquier información de salud divulgada como resultado de compartir mi nombre de usuario y contraseña puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal y que la persona que reciba la información pueda divulgarla aún más.

Entiendo que puedo negarme a firmar este consentimiento y que dicho rechazo no me impedirá recibir tratamiento, pago por mi tratamiento, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para recibir beneficios. Además, entiendo que mi negativa a firmar este consentimiento no impedirá que reciba una copia de mis registros médicos.

SÍ Deseo acceder a mi información médica y dar mi consentimiento expreso para Endocrine Associates of FL, P.A. para poner a mi disposición mi información médica utilizando MyHealthRecord.com.

NO No deseo acceder a mi información médica usando MyHealthRecord.com.

Firma del paciente o representante:

Firma de testigo:

Firma

Firma

Imprimir nombre

Fecha

Imprimir nombre

Fecha

Relación con el paciente *

* La autoridad legal debe ser verificada cuando una persona está firmando en nombre del paciente

Portal se puede acceder a <https://myhealthrecord.com/Portal/SSO>



ENDOCRINE ASSOCIATES OF FLORIDA, P.A.
VICTOR L. ROBERTS, M.D.
LUCY DUQUE-ROBERTS, DNP, ARNP-C
766 NORTH SUN DRIVE STE 2060, LAKE MARY, FL 32746
PH: 407-936-3860 – F: 407-936-3866

**AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE CONFIDENCIAL
DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Por la presente autorizo y solicito la publicación de lo siguiente:

_____ Una copia de las notas médicas más recientes, resultados de laboratorio, e imágenes.

_____ Tabla completa que incluye informes, resultados de laboratorio, imágenes y medicamentos.

REGISTROS MÉDICOS DE:

Nombre de la instalación / persona
para recibir información de: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, código postal: _____

PUBLICAR REGISTROS MÉDICOS A:

Nombre de la instalación / persona
para recibir información: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, código postal: _____

Establecimiento que reciba su información: La información se le revela de los registros cuya confidencialidad está protegida por la ley. La re-divulgación está prohibida sin el permiso por escrito del paciente / cliente / representante legal mencionado anteriormente.

Establecimiento que reguiera su información: Entiendo que la firma de este documento libera a Endocrine Associates of Florida, P.A., de toda responsabilidad legal y / o responsabilidad derivada de la publicación de dichos registros. El Estatuto de Florida ha establecido pautas y tarifas de costos para la copia de registros médicos. Su firma indica su conocimiento de esta declaración.

NOTA: EL PACIENTE / REPRESENTANTE DEBE INICIAR LAS ÁREAS APLICABLES PARA LA LIBERACIÓN.

Información psiquiátrica / psicológica _____ (Initials)

Alcohol / drogas / información química _____ (Initials)

Pruebas de VIH e información relacionada con pruebas / tratamiento _____ (Initials)

Nombre del paciente (impreso): _____ Fecha: _____

Dirección: _____ SS# _____ DOB _____

Firma del paciente / tutor: _____ Cuenta # _____

Firma de testigo: _____ Fecha: _____

ENDOCRINE ASSOCIATES OF FLORIDA, P.A.

Nombre del paciente _____ fecha de nacimiento _____ Edad _____

HISTORIA MÉDICA PASADA (*¿Has tenido estos?*)

Sí	No		Sí	No	
___	___	Alta presión sanguínea	___	___	Retinopatía
___	___	Artritis	___	___	Úlcera péptica
___	___	Neumonía	___	___	Enfermedad de la vesícula
___	___	Diabetes	___	___	Desorden intestinal
___	___	Enfermedad de tiroides	___	___	Enfermedad del hígado
___	___	Colesterol alto	___	___	Enfermedad paratiroidea
___	___	Asma / enfisema	___	___	Enfermedad del riñón
___	___	Enfermedad del corazón	___	___	Desorden de la coagulación
___	___	Trastornos hemorrágicos	___	___	Epilepsia
___	___	Tratamientos de radiación	___	___	Neuropatía
___	___	Tuberculosis	___	___	Gota
___	___	Cáncer	___	___	Anemia
___	___	VIH	___	___	Infecciones urinarias
___	___	Amputaciones			
___	___	Enfermedad pituitaria			

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR (*¿Alguna familia de sangre alguna vez tuvo?*)

Sí	No	Familiar	Sí	No	Familiar
___	___	Diabetes	___	___	Cáncer
___	___	Enfermedad de tiroides	___	___	Enfermedad pituitaria
___	___	Alta presión sanguínea	___	___	VIH
___	___	Enfermedad del corazón	___	___	Sangrado anormal
___	___	Enfermedad suprarrenal	___	___	Hepatitis

HISTORIA SOCIAL Casado _____ Soltero _____ Divorciado _____ Viudo _____ Separados _____

¿Usas tabaco? Sí ___ No ___ # de paquetes por día _____ ¿Por cuantos años? _____
 ¿Bebes alcohol? Sí ___ No ___ ¿Cuánto por día? _____ ¿Por cuantos años? _____
 ¿Usas cafeína? Sí ___ No ___ Café / día _____ Cola / día _____ Té / día _____
 ¿Hace ejercicio regularmente? Sí ___ No ___ ¿Estás en una dieta regular? _____
 ¿Tiene sexo satisfactorio? Sí ___ No ___ ¿Recientes cambios en vida sexual? Sí ___ No ___
 ¿Usted ha usado marijuana medicinal? Sí ___ No ___

LISTA DE MEDICAMENTOS ACTUALES

Nombre	Dosis	Cantidad Diariamente
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ALERGIAS (*Para los siguientes medicamentos, compruebe*)

Penicilina _____ Sulfa _____ Aspirina _____ Tétanos _____ Suero _____
 Antibióticos _____ - *Por favor Nombre:* _____
 Otros (especificar): _____

ENDOCRINE ASSOCIATES OF FLORIDA, P.A.

Nombre del paciente _____ fecha de nacimiento _____ Edad _____

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ANTERIORES

	Sí	No	Fecha
Amigdalectomía	_____	_____	_____
Apendectomía	_____	_____	_____
Histerectomía	_____	_____	_____
Colecistectomía	_____	_____	_____
(extirpación de la vesícula biliar)			
Otro	_____	_____	_____

REVISIÓN DE SISTEMAS (En los últimos seis meses)

PIEL

Seco	Sí	_____	No	_____
Húmedo	Sí	_____	No	_____
Erupción	Sí	_____	No	_____
Normal	Sí	_____	No	_____
Heridas abiertas	Sí	_____	No	_____
Hematomas excesivos	Sí	_____	No	_____

Revisión general

Cambio de peso	Sí	_____	No	_____
Fatiga extrema	Sí	_____	No	_____
Desmayo	Sí	_____	No	_____
Mareo	Sí	_____	No	_____
Visión deteriorada	Sí	_____	No	_____
Sangrado de nariz	Sí	_____	No	_____
Ansiedad	Sí	_____	No	_____

CARDIACO / RESPIRATORIO

Dificultad de respirar	Sí	_____	No	_____
Dolor en la pecho	Sí	_____	No	_____

Mujer Reproductiva

Edad de la menstruación _____

Palpitaciones del corazón	Sí	_____	No	_____
Tos persistente	Sí	_____	No	_____

¿Es Regular?	_____
# de embarazos	_____
Niños nacidos vivos	_____
Secreción mamaria	_____
Fecha del último período menstrual	_____
Fecha de la última mamografía	_____

GASTROINTESTINAL

Úlceras	Sí	_____	No	_____
Enfermedad del hígado	Sí	_____	No	_____
Diarrea	Sí	_____	No	_____
Estreñimiento	Sí	_____	No	_____
Sangre la materia fecal	Sí	_____	No	_____

Reproductor masculino

Trastorno de la próstata	Yes	_____	No	_____
Masa testicular	Yes	_____	No	_____
Impotencia	Yes	_____	No	_____

RIÑONES

Piedras	Sí	_____	No	_____
Infección renal	Sí	_____	No	_____
Infección de la vejiga	Sí	_____	No	_____
Sangre en la orina	Sí	_____	No	_____

TIROIDES

Ha cambiado la voz	Sí	_____	No	_____
Dificultad para tragar	Sí	_____	No	_____
Nódulo / crecimiento de la tiroides	Sí	_____	No	_____
Tiroides dolorosa	Sí	_____	No	_____
Problema de bocio	Sí	_____	No	_____
Cabello- Grueso	Sí	_____	No	_____
- Normal	Sí	_____	No	_____
- Delgado	Sí	_____	No	_____
- Pérdida de	Sí	_____	No	_____

NEUROLÓGICO

Dolores de cabeza severos	Sí	_____	No	_____
Confusión	Sí	_____	No	_____
Estremecimiento	Sí	_____	No	_____
Adormecimiento	Sí	_____	No	_____

Endocrinología

Sed excesiva	Sí	_____	No	_____
Frecuencia de orinar	Sí	_____	No	_____
Despertarse para orinar	Sí	_____	No	_____

(más de una vez por noche)

Vacunación

Vacuna contra el tétanos	Sí	_____	No	_____
--------------------------	----	-------	----	-------

(últimos diez años)

Radiología

Ultrasonido de la tiroides	Sí	_____	No	_____
Resonancia magnética de la glándula pituitaria	Sí	_____	No	_____
Captación y escan de tiroides	Sí	_____	No	_____
Escan de todo el cuerpo	Sí	_____	No	_____
Resonancia magnética de la glándulas adrenales	Sí	_____	No	_____
Densitometria óseo	Sí	_____	No	_____