

DENSITOMETRIA DE HUESOS
HISTORIA DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de Expediente: _____

de Seguro Social: _____ Zona Postal: _____

Doctor Refiriendo: _____ Edad: _____

Grupo Etnico: (Porfavor marque **✓** uno)

Americano _____ Afro Americano _____ Hispano _____ Asiatico _____ Indio Americano _____

Estatura _____ Pies _____ pulgadas

Peso _____ Libras

1 ¿Es este su primer examen de Densidad de Huesos (DEXA)?

Si No

Fecha del ultimo examen: _____

2 ¿Ha tenido un examen de Medicina Nuclear (isótopos) o un examen de contraste (CT con contraste, Upper GI, Barium Swallow, Barium Enema, Small Bowel Series) en los últimos 7 días?

Si No

Si la respuesta es Sí, por favor, liste el (los) examen (es): _____

3 ¿Ha tenido cirugía en su cadera o la columna vertebral?

Si No

4 ¿Alguna vez se a fracturado la cadera (s) o columna vertebral?

Si No

5 ¿Cuál es su lado dominante?

Derecha (mano) Izquierda (mano)

6 ¿Tiene usted curvatura de la columna vertebral (escoliosis)?

Si No

7 ¿A terminado la etapa de menopausia?

Si No

8 ¿A qué edad comenzo su menopausia? _____

9 ¿Ha tenido una fractura despues de la etapa de menopausia?

Si No

10 ¿Toma usted sustitución de hormona (estrógeno)?

Si No

Si la respuesta es Sí, ¿cuántos años? _____

11 ¿Está tomando suplementos de calcio?

Si No

Si la respuesta es Sí, ¿tomó calcio o multi-vitaminas hoy? _____