

**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? \_\_\_\_\_