

New York Private Medical Imaging LLP

FORMULARIO PARA REVISIÓN POR DENSITOMETRÍA ÓSEA

COMPLETADO POR EL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
Fecha de su Cita: / / Fecha de Nacimiento: / / Edad: _____
Médico de Cabecera: Teléfono: _____

¿Es su primera Densitometría Ósea? Sí No
Si no, dónde se hizo su último examen: _____

*Antecedente Étnico
 Caucásico Afroamericano Hispano Asiático Otro
**Mujeres Asiáticas y Caucásicas tienen el riesgo más alto para desarrollar osteoporosis. Mujeres Afroamericanas e Hispanas tienen menos riesgo de desarrollar osteoporosis pero tienen todavía un riesgo significante.*

Fecha de su última menstruación: / / ¿Puede usted estar embarazada? Sí No

Edad de Menopausia: Peso: Estatura: _____
¿Está bajo tratamiento de Terapia de Reemplazo Hormonal? Sí No Especifique: _____
Enumere medicamentos que esté tomando actualmente: _____
¿Tiene alguno de los siguientes?
Asma Sí No Anorexia Sí No
Enfermedad de Riñones Sí No Diabetes Sí No
Enfermedad de la Tiroides Sí No Cáncer Sí No
¿Tiene un antecedente en su familia de osteoporosis? Sí No
¿Ha tenido fracturas? Sí No
¿Si sí, en qué parte del cuerpo y cuándo?

¿Ha sido fumador? Sí No Si dejó de fumar, ponga aproximadamente la fecha: _____

¿Tiene Escoliosis? Sí No

SCREENED BY: SCREENED WITH: _____
Technologist comments: _____
Technologists initials: _____

Yo verifico que las respuestas a estas preguntas están correctas y entiendo que no supliendo información correcta puede afectar desfavorablemente la interpretación de este estudio.
Firma del Paciente: Fecha: / /