

Facility Name: _____
 Address: _____
 City, State ZIP: _____



HISTORIAL DE DENSIDAD OSEA DEL PACIENTE
BONE DENSITY PATIENT HISTORY

Effective Date: May 1, 2018

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Número de Expediente Médico: _____
 Fecha del Examen: _____ Médico que le refirió: _____
 Fecha De Nacimiento: _____ Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____ Hombre Mujer
 Etnicidad: Blanco Hispano Asiático Afroamericano Nativo Americano _____
 Motivo o razón para el estudio: _____

HISTORIAL MÉDICO

Si No Ha tenido un examen de densidad de ósea anteriormente? Cuándo / Dónde? _____
 Si No Ha tenido cirugía de su espalda o cadera? Cuándo / Que tipo? _____
 Si No Ha tenido una fractura de cadera? Cuándo / Que cadera? _____
 Si No Tuvo una radiografía de su columna vertebral con anomalías que sugiere osteoporosis, osteopenia o fractura?
 Si No Ha tenido alguna fractura durante su vida adulta que no haya resultado de un trauma significativo?
 Si No Alguno de sus padres se ha fracturado la cadera?
 Si No Usted Fuma o fumo en el pasado? Si No Toma 3 o más bebidas alcohólicas al día?
 Si No Consume regularmente productos lácteos? Si No Usted toma bebidas con cafeína?
 Si No Tiene osteoporosis secundaria? Si No Tiene artritis reumatoide?
 Si No Realiza ejercicio de soporte de peso regularmente?
 Si No Cuál fue tu altura máxima? _____ (En pulgadas): _____
 Si No Ha tenido algún estudio de contraste en las últimas 2 semanas? Qué examen? _____

MEDICAMENTOS - Marque cualquiera de los medicamentos que alguna vez haya tomado

Prescripción para osteoporosis? Cuánto tiempo? _____ Prednisona / Esteroides? Cuánto tiempo? _____
 Glucocorticoides Miacalcin (calcitonina) Protelos (ranelato de estroncio) Calcio
 Actonel (risedronato) Reclast (zoledronato) Forteo (hormona paratiroidea) Vitamina D
 Evista (raloxifeno) Boniva (ibandronato) HRTI (terapia de estrógenos / hormonas) Para la tiroides
 Fosamax (alendronato) Prolia (denosumab) Otro: _____

TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES MÉDICAS? Marque cualquiera que aplique

Anorexia or Bulimia Hiperparatiroidismo cáncer
 Asma o enfisema Algún trastorno convulsivo Otro:
 Enfermedad renal en etapa terminal Enfermedad intestinal inflamatoria

SI ES MUJER

Si No Alguna posibilidad de que esté embarazada? Fecha de su último periodo: _____
 A qué edad comenzó su período? _____
 Si No Está en menopausia? Si No Después de menopausia? Edad aproximada de su menopausia: _____
 Si No Ha tenido una histerectomía? Parcial Completa A qué edad o qué año? _____
 Si No Está tomando o ha tomado terapia de reemplazo hormonal? Cuánto tiempo? _____
 Si No Actualmente tiene sudores nocturnos? Si No Sofocos? _____

EL PERSONAL COMPLETARA ESTA SECCIÓN: INDICACIONES CLÍNICAS
STAFF TO COMPLETE THIS SECTION: CLINICAL INDICATIONS – Check all that apply

<input type="checkbox"/> Cushing's Syndrome	<input type="checkbox"/> History of Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Gonadal Dysgenesis (Turner's Syndrome)
<input type="checkbox"/> Hyperparathyroidism	<input type="checkbox"/> History of Osteopenia	<input type="checkbox"/> On Osteoporosis Therapy (Ex: Fosamax)
<input type="checkbox"/> Premenopausal Woman	<input type="checkbox"/> History of Vertebral Fracture	<input type="checkbox"/> Long Term use of high risk medications
<input type="checkbox"/> Post Menopausal Woman	<input type="checkbox"/> Calcium supplements	<input type="checkbox"/> Female on hormone replacement therapy