



FACILITY: _____

History Form

FORM.POL.002
Effective Date: April 3, 2009

HISTORIAL DEL PACIENTE DE BONE DENSITY

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Masculino Femenino Edad: _____

Peso: _____ lbs. Altura: _____ ft. _____ in

Caucásico Hispano Asiático Africano Americano Nativo Americano

1. SI NO Ha tenido usted un examen de Bone Density? Si / No
Adonde: _____ Cuando: _____

2. SI NO Toma usted medicina para osteoporosis? Por cuanto tiempo? _____

3. SI NO Toma suplementos de Calcio

4. SI NO Toma la medicina prednisone o cualquier otra clase de esteroide? Cuanto Tiempo? _____

5. SI NO Toma Medicina de la Tiroides? Cuanto Tiempo? _____ Que Clase _____

6. SI NO Por las ultimas dos semanas ha tenido exámenes con contraste como barium enema, UGI, IVP, etc. Cual Examen? _____

Nombre del Doctor: _____

7. SI NO Ha tenido cirugía de su espalda? Si / No

8. SI NO Ha tenido cirugía de su cadera? Si / No Lado izquierdo o Derecho

MUJERES SOLAMENTE

1. La edad aproximada de su menopausia: _____

2. SI NO Ha tenido una histerectomía?
 Parcial Completa

3. El año o edad de la histerectomía: _____

4. SI NO Esta usted tomando Hormonas ?
Cuanto Tiempo? _____

5. SI NO Alguna vez ha tomado Hormonas
Cuanto Tiempo? _____

6. SI NO Sufre actualmente de sudores por las noches?
 A veces Raramente

7. SI NO Sufre actualmente de Calores por las noches hot flashes?
 A veces Raramente

INDICATIONS FOR DEXA REPORTS

___ Cushing's Syndrome

___ Gonadal Dysgenesis

(Turner's Syndrome)

___ Premenopausal Woman

___ Post Menopausal Woman

___ History of Osteoporosis

___ History of Osteopenia

___ Female currently on hormone replacement therapy

___ Long Term use of high risk medications

___ Current therapy for Osteoporosis (e.g.: FOSAMAX)

___ Hyperparathyroidism

___ History of Vertebral Fracture

___ Calcium supplements?

Type _____

BONE DENSITY PATIENT HISTORY- SPANISH