

| | | | | | | |
|----------|--------|----------------------|---------------------|------|---|--|
| Apellido | Nombre | Inicial | Fecha de Nacimiento | Edad | Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Se auto refirió? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Doctor | | Dirección del doctor | | | No. de teléfono del doctor | |

¿Hay posibilidad que está embarazada? NO SI

¿Ha recibido rayos X con bario (barium) en las últimas dos semanas? NO SI

¿Ha tenido examen medicinal nuclear o inyección de tinte en la semana pasada? NO SI

¿Ha tenido examen de la solidez de huesos? NO SI, ¿cuando y adonde? _____

Si respondió que sí a estas preguntas, avise a la recepcionista inmediatamente.

Estatura: _____ Ha notado un cambio en estatura? NO SI Peso: _____

Grupo Étnico:

- Caucásico
- Hispano
- Afro-Americano
- Americano Nativo
- Asiático
- Isleño Pacífico
- Otro _____
- Prefiero no contestar

¿Toma algún suplementos Calcio, incluye TUMS Vitamina D Nada

Historial de uso de tabaco:

- Fumo todos los días
- Fumo algunos días
- Ex fumador
- Nunca e fumado
- Desconozco haber fumado
- Fumador, desconozco el estado actual
- Usuario intenso del tabaco
- Usuario leve del tabaco

¿Le han recetado algunas de estas medicinas?

- Terapia de remplazo hormonal (Estrógeno)
- Testosterona
- Alendronato (Fosamax)
- Cortisona
- Tamoxifeno
- Raloxifeno (Evista)
- Prednisona
- Etidronato (Didronel/Didrocal)
- Risedronato (Actonel)
- Pamidronato intravenoso (Aredia)
- Clodronato (Bonefos, Ostac)
- Calcitonin (Miacalcin nasal spray)
- PTH (Forteo)
- Ácido Zoledronico (Zometa)
- Fluoruro sódico (Fluotic)

¿Le han diagnosticado con las siguientes enfermedades?

- Osteoporosis causada por medicamento
- Hipercalcemia
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Artritis reumatoide
- Lupus
- Enfermedad de Crohn
- Enfermedad Celiaca
- Diabetes Mellitus Tipo I
- Etapa final de enfermedad renal
- Síndrome de Crushing
- Hiperparatiroidismo
- Enfisema
- Cáncer de Hueso

Consumo de alcohol:

- Nada de Alcohol
- Una o Dos porciones
- Tres o más porciones

¿Se ha quebrado algún un hueso? NO SI contesta Sí, conteste las siguientes preguntas

| Cual Hueso | ¿Caída Sencilla? | Si no fue sencilla, describa la circunstancia | Edad cuando ocurrió |
|------------|---|---|---------------------|
| | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | | |
| | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | | |

¿Ha tenido cirugía de la espina dorsal, cadera, piernas, o brazos? NO SI
Si ha tenido, describa el tipo de cirugía y cual lado fue afectado.

FOR TECHNOLOGIST USE ONLY:

DOS: _____

PROC CODE: _____

TECH: _____

Para mujeres únicamente: ¿Todavía menstrua? NO SI ¿Menopausia? NO SI, A qué edad _____
¿Antes de menopausia, ausencia de menstruación por 6 meses (a excepción de embarazos)? NO SI
¿Histerectomía? NO SI, A qué edad _____ ¿Se le han removido sus (dos) ovarios? NO SI, A qué edad _____