

Tower Radiology Centers

BONE MINERAL DENSITY QUESTIONNAIRE Cuestionario de la densidad de Hueso

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Estatura: _____

Peso: _____

Nacionalidad (Raza)

Blanco

Asiático

Hispano

Africano Americano

Otro

HISTORIA DEL PACIENTE

Quando fue su ultima Dexa (Densidad de Hueso)? _____ Menos de un ano, porque? _____

Alguna vez has si diagnosticado con osteoporosis? Si No
Si, como? Por rayos x Dexa Otro _____

Has entrado a la menopausia? Si No Si, cuando? _____

Has tenido una histerectomía? Si No Si, cuando? _____

Alguna vez le han quitado los ovarios? Si No Si, cuando? _____

Tienes antecedentes familiar con osteoporosis? Si No Si, quien? _____

Tienes padecimiento de dolor de espalda? Si No

Tienes artritis reumatoidea? Si No

Eres intolerante a la lactosa? Si No

Se ha roto algún hueso como adulto? Si No Que hueso? _____

Te han operado alguna vez la cadera o escalda? Si No Que tipo? _____

Tienes antecedente de cáncer? Si No Que tipo? Cuando? _____

Tiene algún tipo de enfermedad de Tiroides? Si No

Tiene algún tipo de enfermedad de para tiroides? Si No

MEDICAMENTOS QUE TOMA

Actualmente esta tomando medicamento para la osteoporosis? Si No
Cual? Actonel Didronel Evista
Fosamax Miacalcin Premarin Otre _____

Esta tomando Suplementos de Calcio? Si No Cuantos miligramos? _____

Esta tomando reemplazo de hormones? Si No Cual es? _____

Estas tomando algún tipo de esteroide o cortisona? Si No Cual es? _____