PARK WEST RADIOLOGY

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: / /