

CUESTIONARIO DE DENSITOMETRÍA

Fecha de Hoy: _____

Nombre del Paciente: _____ **Cuenta:** _____

- | | | |
|--|---------|-----------|
| 1. ¿Ha tenido una densidad ósea antes (DEXA)? | SÍ | NO |
| a. Si contestó Sí, ¿CUÁNDO? _____ ¿DÓNDE? _____ | | |
| 2. ¿Alguna vez se ha roto la columna vertebral/vertebra? | SÍ | NO |
| a. Si contestó Sí, ¿se lesionó la médula espinal? | SÍ | NO |
| b. Si contestó Sí, por favor explique cualquier reparación quirúrgica. _____ | | |
| 3. ¿Alguna vez se ha rota la(s) cadera(s)? | SÍ | NO |
| a. Si contestó Sí, ¿qué lado(s)? | DERECHO | IZQUIERDO |
| b. Si contestó Sí, por favor explique cualquier reparación quirúrgica. _____ | | |
| 4. ¿Hay historia de osteoporosis en la <u>FAMILIA</u> ? | SÍ | NO |
| 5. ¿Ha tenido una gammagrafía ósea en los últimos 7 días? | SÍ | NO |
| 6. ¿Ha tenido un examen con bario en los últimos 7 días? | SÍ | NO |
| 7. ¿Cuál es su origen étnico? _____ | | |

Por favor marque todas las siguientes preguntas que se apliquen a su historia PERSONAL:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Remoción de uno o ambos ovarios (Ooforectomía) | <input type="checkbox"/> Enfermedad Paratiroidea |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis (Medicamento: _____) | <input type="checkbox"/> Fumador |
| <input type="checkbox"/> Post-Menopausia | |

Por favor marque todo lo que se aplique de los siguientes medicamentos que usó o actualmente use:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Calcio | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Hormonas (Estrógeno) |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Hormonas Naturales (HRT) | <input type="checkbox"/> Anticonceptivos Hormonales (Pastillas anticonceptivas) |
| <input type="checkbox"/> Anticonvulsivos | <input type="checkbox"/> Esteroides (incluyendo inhaladores) |
| <input type="checkbox"/> Antiácidos | |

Tech Initials: _____