



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 cirugia de su espalda? Si / No

8.  SI  NO Ha tenido cirugia 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