

# LENOX HILL RADIOLOGY & MEDICAL IMAGING ASSOCIATES P.C.

## 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 Hispánicas tienen menos riesgo de desarrollar osteoporosis pero tienen todavía un riesgo significativo.*

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:     /     /