



Barnet Medical Plaza
 680 Broadway, Suite 111 Paterson N.J. 07514
 P: 973.977.6662 F: 973.341.1128
Towne Centre
 3 Walter E. Foran Blvd., Suite 312 Flemington N.J. 08822
 P: 908.284.2300 F: 908.442.7432

Questionario de la Densidad de Osea

Nombre de Paciente: _____ **PID:** _____
Fecha de hoy: ____/____/____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____
Sex: Masculino Femenino
Origen étnico: Afroamericano Blanco Hispano Asiático Otro
Altura Anterior: _____ **Altura Actual:** _____ **Peso Actual:** _____

Historia Ginecológica:

Fecha de ultima menstruacion: _____ Embarazada? _____
 Menopausia? Si No Histerectomía? Si No
 Tena removido los ovarios? Si No
 Ausencia de Menstruaciones (que no sea el embarazo o la menopausia)? Si No
 Terapia hormonal (si procede)? Si No Cuando? _____ Type? _____

Historia Médica:

Ha tenido un estudio de densidad osea anteriormente? Adonde? _____ Cuando? _____
 Ha tenido un estudio radiologica que requiere un contraste inyectado o oral en los ultimos 7 dias? Si No
 Ha tenido una pastilla de calcium hoy? Si No Antecedentes familiares con Osteoporosis? Si No
 Tomado cortisona o prednisona oral durante más de 3 meses? Si No
 Cirugía de reemplazo articular o de cadera? Si No Si es asi, cual? _____
 Ha tenido cirugía de la espalda? Si No

Compruebe todas las otras condiciones médicas que se aplican:

Enfermedad ósea Enfermedad de paratirides Trastornos Alimentarios Caída en el último año
 Osteoporosis Hipotirodismo (poco active) Lupus Asma
 Enfermedad de rinones Hipotirodismo (hiperactiva) Uso Cronica de Esteroides Densidad Osea baja
 Artritis Reumatoide Amenorrea Tipo o Duracion: _____
 Diabetes I / II Enfermedad celíaca _____
 Cancer. Tipo: _____
 Quimioterapia? Si No Fractura de hueso: _____
 Cual Hueso? _____

Medicamentos actuales:

Estrogen Progesterone Lupon Zoladex Cortisone Prednisone Tamoxifen Decadron
 Fosamax/Alendronate Fosamax D Boniva Actonel Evista Zometa Reclast
 SSRI's: Lexapro Prozac Zoloft Medicamentos adicionales: _____

Factores de riesgo:

Toma suplementos de calcio? _____ Hace ejercicio seminal? Cuantas veces? _____
 Toma Vitamin D? _____ Fuma cigarrillos? _____
 Levantapesas? _____ Fumaba en el pasado? Por cuanto tiempo? _____
 Consume Alcohol? Cuantas bebidas semanales? _____

Firma:
