

**COMPLETADO POR EL PACIENTE**

Nombre y Apellido: ..... Fecha: ...../...../.....

Fecha de Cita: ...../...../..... Fecha Nacimiento: ...../...../..... Edad: .....

Medico de cabecera: ..... Telefono: .....

 Primer Densitometria Osea?:  SI  NO

Si la respuesta es NO ,donde se realizo su ultimo Examen?: .....

**Antecedente Etnico:**
 Caucasico  Afroamericano  Hispano  Asiatico  Otro

\*Mujeres Asiaticas y Caucasicas tienen el riesgo mas alta para desarrollar osteoporosis.Mujeres Afroamericanas e Hipanas tienen menos riesgo de desarrollar osteoporosis pero tienen todavia un riesgo significativo.

 Fecha de su ultima menstruacion:...../...../..... Puede estar Embarazada?  SI  NO

Edad de Menopausia: ..... Peso:..... Estatura: .....

 Esta bajo tratamiento de Terapia de Reemplazo Hormonal?:  SI  NO Especifique: .....

Enumere medicamentos que este Tomando Actualmente:

1-.....2-.....3-.....4-.....

5-.....6-.....7-.....8-.....

Tiene alguna de las siguientes Enfermedades?:

 Asma:  SI  NO Anorexia:  SI  NO

 Enfermedad de Riñones:  SI  NO Diabetes:  SI  NO

 Enfermedad de Tiroides:  SI  NO Cancer:  SI  NO

 Se ha Fracturado?:  SI  NO Donde?: .....

Cuando?: .....

 Tiene un antecedente en su familia de Osteoporosis:  SI  NO

 Ha sido Fumador?:  SI  NO Cuando dejo de Fumar?: ...../...../.....

 Tiene Escoliosis?:  SI  NO

SCREENED BY:..... SCREENED WITH: .....

Technologist comments: .....

Technologist initials: .....

Yo verifico que las respuestas a estas preguntas estan correctas y entiendo que no supliendo informacion correcta puede afectar desfavorablemente la interpretacion de este estudio.

Firma del paciente:

Fecha:...../...../.....

APELLIDO Y NOMBRE .....

DOMICILIO ..... LOCALIDAD .....

TELÉFONO ..... HORARIO DE CONSULTA .....

Firma y sello profesional