

**DEXA/DENSITOMETRIA OSEA
CUESTIONARIO PARA PACIENTE
DEXA/BONE DENSITY
PATIENT QUESTIONNAIRE**

ESTATURA: _____ PESO: _____ MEDICO REFERENTE _____

SEXO: _____

ORIGEN ÉTNICO: ☐ ASIÁTICO ☐ HISPANO ☐ BLANCO ☐ AFROESTADOUNIDENSE ☐ NATIVO AMERICANO ☐ OTRO

¿SE HA FRACTURADO ALGÚN HUESO DESPUÉS DE LOS 50 AÑOS: ☐ SI ☐ NO

SI SU RESPUESTA ES SI, ¿CUALES HUESOS?: _____

¿TIENE HISTORIAL DE LO SIGUIENTE? (POR FAVOR MARQUE)

☐ ARTRITIS REUMÁTICA	☐ ALCOHOLISMO	☐ DOLOR DE ESPALDA ☐ DOLOR DE CADERA ☐ DOLOR EN LA MANDÍBULA
☐ CÁNCER Tipo: _____	☐ RADIACIÓN / QUIMIOTERAPIA	☐ DIABETES ☐ FIBROSIS QUISTICA
☐ PERDIDA DE ESTATURA	☐ HEPATITIS C	☐ MALABSORCION / ENFERMEDAD DEL INTESTINO DELGADO
☐ HYPERPARATIROIDISMO	☐ HIPERTIROIDISMO	☐ HIPOTIROIDISMO
☐ TRASTORNO DE CALCIO	☐ HISTERECTOMIA	☐ OOFORECTOMIA (EXTIRPACIÓN DE LOS OVARIOS)
☐ CÁLCULOS RENALES	☐ ENFERMEDAD RENAL	☐ ENFERMEDAD HEPÁTICA
☐ HISTORIAL DE PADRE O MADRE CON FRACTURA DE CADERA	☐ LUPUS	☐ USO DE ESTEROIDES (Glucocorticoides o Prednisona)
☐ HISTORIAL FAMILIAR DE OSTEOPOROSIS	☐ OSTEOPENIA (BAJA DENSIDAD OSEA)	☐ OSTEOPOROSIS

POR FAVOR ANOTE CUALQUIER OTRO PROBLEMA DE SALUD: _____

¿POR QUE MOTIVO LE HARÁN UNA DENSITOMETRIA OSEA HOY? _____

¿ES USTED PREMENOPAUSICA? ☐ SI ☐ NO FECHA DE SU ULTIMA MENSTRUACIÓN _____

¿ES USTED POSMENOPAUSICA? ☐ SI ☐ NO EDAD EN LA QUE OCURRIÓ LA MENOPAUSIA _____

¿ESTA TOMANDO HORMONAS NATURALES Y/O RECETADAS? ☐ SI ☐ NO

SI SU RESPUESTA ES SI, ¿DESDE CUANDO? _____

¿ESTA TOMANDO TERAPIA PARA REEMPLAZAR HUESO? ☐ SI ☐ NO

SI SU RESPUESTA ES SI, ¿DESDE CUANDO? _____

¿ESTA TOMANDO CALCIO? ☐ SI ☐ NO ULTIMA DOSIS: _____

¿ES USTED FUMADOR? ☐ SI ☐ NO

ANOTE CUALQUIER OTRO MEDICAMENTO: _____

EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS, ¿LE HAN HECHO ALGÚN EXAMEN QUE REQUIERA EL USO DE TINTE O BARIO? ☐ SI ☐ NO

¿TIENE METAL IMPLANTADO EN LA CADERA Y/O EN LA COLUMNA VERTEBRAL? ☐ SI ☐ NO

☐ CADERA DERECHA ☐ CADERA IZQUIERDA ☐ COLUMNA VERTEBRAL

¿LE HAN HECHO ALGUNA CIRUGÍA EN EL ABDOMEN? ☐ SI ☐ NO

ANOTE: _____

¿LE HAN HECHO UNA DENSITOMETRIA OSEA ANTES?

CUANDO _____ DONDE _____

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

TECNOLOGO _____



**DEXA/BONE DENSITY
PATIENT QUESTIONNAIRE**

HEIGHT: _____ WEIGHT: _____ REFERRING PHYSICIAN _____

GENDER: _____

ETHNICITY: ☐ ASIAN ☐ HISPANIC ☐ CAUCASIAN ☐ AFRICAN-AMERICAN ☐ NATIVE AMERICAN ☐ OTHERHAVE YOU BROKEN ANY BONES AFTER AGE 50: ☐ YES ☐ NO IF YES: LIST WHICH BONES: _____

DO YOU HAVE HISTORY OF THE FOLLOWING (PLEASE CHECK)

☐ RHEUMATOID ARTHRITIS	☐ ETOH +3	☐ BACK PAIN ☐ HIP PAIN ☐ JAW PAIN
☐ CANCER Type: _____	☐ RADIATION / CHEMOTHERAPY	☐ DIABETES ☐ CYSTIC FIBROSIS
☐ HEIGHT LOSS	☐ HEPATITIS C	☐ MALABSORPTION/SMALL BOWEL DISEASE
☐ HYPERPARATHYROIDISM	☐ HYPERTHYROIDISM	☐ HYPOTHYROIDISM
☐ CALCIUM DISORDER	☐ HYSTERECTOMY	☐ OOPHORECTOMY (REMOVAL OF OVARIES)
☐ KIDNEY STONES	☐ KIDNEY DISEASE	☐ LIVER DISEASE
☐ HX OF PARENT HAVING A FRACTURE HIP	☐ LUPUS	☐ STEROID USE (Glucocorticoids or Prednisone)
☐ FAMILY HISTORY OF OSTEOPOROSIS	☐ OSTEOPENIA (LOW BONE DENSITY)	☐ OSTEOPOROSIS

PLEASE LIST ANY OTHER HEALTH PROBLEMS: _____

WHAT IS THE REASON FOR YOUR DEXA SCAN TODAY? _____

ARE YOU PRE-MENOPAUSAL? ☐ YES ☐ NO DATE OF LAST MENSTRUAL PERIOD _____ARE YOU POST-MENOPAUSAL? ☐ YES ☐ NO AGE AT MENOPAUSE _____ARE YOU TAKING NATURAL AND/OR PRESCRIPTION HORMONES? ☐ YES ☐ NO IF YES, HOW LONG? _____ARE YOU TAKING BONE REPLACEMENT THERAPY: ☐ YES ☐ NO IF YES, HOW LONG? _____ARE YOU TAKING CALCIUM? ☐ YES ☐ NO LAST DOSE TAKEN: _____ARE YOU A SMOKER? ☐ YES ☐ NO

LIST ANY OTHER MEDICATIONS: _____

IN THE PAST TWO WEEKS, HAVE YOU HAD ANY EXAMS THAT INVOLVED THE USE OF DYE OR BARIUM? ☐ YES ☐ NODO YOU HAVE ANY METAL IN YOUR HIP AND/OR SPINE? ☐ YES ☐ NO☐ RIGHT HIP ☐ LEFT HIP ☐ SPINEHAVE YOU HAD ANY ABDOMINAL SURGERIES? ☐ YES ☐ NO

LIST: _____

HAVE YOU HAD A BONE DENSITY SCAN BEFORE?

WHEN _____ WHERE _____

PATIENT SIGNATURE _____ DATE _____

TECHNOLOGIST _____