



CHESAPEAKE MEDICAL IMAGING

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Altura: ___ ft ___ in **Peso:** ___ lbs **Edad:** ___ **Sexo:** M ó F

Etnicidad: (encircula uno) Blanco Negro Asiático Hispano Otro

Te han realizado algún estudio de densidad ósea anteriormente: Si No

En caso de la respuesta ser si, en qué lugar: _____ En qué fecha: _____

Ha tomado barium (para Rayos X) en las últimas 2 semanas? Si ó No

Le han realizado un escaneo de medicina nuclear o inyección de contraste en la última semana? Si ó No

Ha tomado algún suplemento de calcio (incluyendo tums) en las últimas 24 horas? Si ó No

SOLO PARA MUJERES Fecha de último ciclo menstrual: _____ Menopausia: Si ó No

Seleccione SI ó NO para las siguientes condiciones personales:

	SI	NO
Osteopenia (pre-osteoporosis)		
Osteoporosis		
Cadera rota Si la respuesta es si: Der Izq		
Reemplazo de cadera Si la respuesta es si: Der Izq		
Muñeca rota Si la respuesta es si: Der Izq		
Algún otro hueso roto?		
Cirugía de espalda baja o espina dorsal		
Padre o madre con cadera rota		
Artritis reumatoide		
Fuma actualmente		
Toma 3 o mas vasos de alcohol al día		
Enfermedad de Crohn		
Cáncer Si la respuesta es si, de qué tipo: _____		
Hipertiroidismo		
Hipotiroidismo		
Hiperparatiroidismo		
Enfermedad de Hashimoto		
Diabetes		
Transplante de órganos		

Ha sido tratado con alguno de los siguientes medicamentos:

	SI	NO
Estrógenos		
Progesterona		
Arimidex		
Evista		
Testosterona		
Fosamax		
Actonel		
Aredia		
Boniva		
Vitamina D		
Suplementos de calcio como Caltrate o Tums		
Quimioterapia		
Esteroides (glucocorticoides) por 3 meses o más		