

Paciente: _____ Fecha de hoy: ____/____/____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ ¿Alguien le acompañó hoy? Sí No Nombre: _____
 Médico remitente: _____ SEXO: Masculino Femenino
 Médico principal, si difiere: _____
 Razón del examen: _____
Enliste todos los medicamentos que toma actualmente, incluyendo hierbas y medicamentos sin receta: _____

Raza: africano americano asiático caucásico hispano **Altura:** ____pies ____pulgadas **Peso:** _____ libras

¿Ha sido diagnosticado y tratado por osteoporosis?	Sí	No	¿Ha sido diagnosticado con Anorexia/Bulimia?	Sí	No
¿Ha sido diagnosticado con osteoporosis secundaria?	Sí	No	¿Hace ejercicio cargando pesas regularmente?	Sí	No
¿Fuma el tabaco?	Sí	No	¿Ha tomado prednisona o cualquier Glucocorticoid por más de 3 meses?	Sí	No
¿Toma más de 3 unidades de alcohol por día?	Sí	No	¿Ha tomado estrógeno, progesterona o HRT? De serlo, ¿Por cuánto tiempo? _____	Sí	No
¿Toma bebidas con cafeína con regularidad?	Sí	No	¿Ha sido diagnosticado con un trastorno de tiroides?	Sí	No
¿Tiene en su dieta pocos productos lácteos y otras fuentes de calcio?	Sí	No	¿Ha sido diagnosticado con hiperparatiroidismo?	Sí	No
¿Toma suplementos de calcio? Si la respuesta es sí, ¿cuántos miligramos? _____	Sí	No	¿Toma con regularidad medicamentos para la tiroides?	Sí	No
¿Ha pasado por la menopausia? (pasado por la menopausia quiere decir que no ha menstruado en un año) Fecha de la última menstruación: _____ Edad de la última menstruación: _____	Sí	No	¿Ha sido diagnosticado con trastornos de convulsiones o ataques?	Sí	No
¿Se ha interrumpido su ciclo menstrual por más de 6 meses? (Sin incluir menopausia/embarazo)	Sí	No	¿Toma medicamentos para controlar convulsiones o ataques?	Sí	No
¿Ha tenido una histerectomía?	Sí	No	¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad de colon inflamado?	Sí	No
¿Todavía tiene sus ovarios?	Sí	No	¿Ha sido diagnosticado con artritis reumatoidea?	Sí	No
¿Se ha fracturado o tenido cirugía de cadera(s)?	Sí	No	¿Ha sido diagnosticado con enfermedad renal en etapa terminal?	Sí	No
¿Se ha fracturado o tenido cirugía en la columna vertebral?	Sí	No	¿Ha sido diagnosticado con algún tipo de cáncer? Tipo: _____	Sí	No
¿Se ha fracturado o tenido cirugía en su(s) muñeca(s)?	Sí	No	¿Ha sido diagnosticado con asma o enfisema?	Sí	No
¿Ha sufrido otras fracturas no traumáticas desde que cumplió 40 años?	Sí	No	¿Se ha sometido a una densitometría ósea (prueba para probar la densidad ósea)? Si la respuesta es sí, escriba la fecha y dónde fue realizado:	Sí	No
¿Alguno de sus padres se ha fracturado la cadera?	Sí	No	¿Ha tomado cualquier medicamento nuclear o se ha sometido a radiografía de bario dentro de las últimos 72 horas?	Sí	No
¿Número de embarazos a término completo? _____	Sí	No	¿Cuál ha sido la mayor altura que ha medido?	Sí	No

BMD Totals (for technologist's use only/solo para uso del tecnólogo)

Indication/History: _____

Patient BMI: _____

	Today's Date: _____		Prior Date: _____	
	BMD (g/cm ²)	T-Score	BMD (g/cm ²)	T-Score
L1 – L4				
RT NECK				
Total RT				
LT NECK				
Total LT				

FRAX Assessment

Major Osteoporotic Fracture: _____%

Hip Fracture: _____%

Technologist's Signature: _____ t