

DEXA (Examen de Densitometria de Huesos)

PRIMER NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: __/__/____

ESTATURA: _____ PESO: _____ SEXO: FEMENINO: ___ MASCULINO: ___

HISTORIAL DE FRACTURAS NO-TRAUMATICAS:

FÉMUR: SI ___ NO ___ ANTEBRAZO: SI ___ NO ___
HÚMERO: SI ___ NO ___ PELVIS: SI ___ NO ___
COLUMNA VERTEBRAL: SI ___ NO ___ CADERA: SI ___ NO ___

INDICACIONES (marque las respuestas que le correspondan)

ALCOHOLISMO ___ AMENORREA ___
HIPERTIROIDISMO ___ OSTEOPOROSIS ___
PESO INSUFICIENTE ___ HISTORIA FAMILIAR DE FRACTURAS ___
PERDIDA DE ESTATURA ___ ENFERMEDAD DE RINONES ___
MENOPAUSIA TEMPRANA ___ CONSUMIDOR DE TABACO ___
HIPOTIROIDISMO ___ CAUCÁSICO ___
CORTICOSTEROIDES ___ RESECCIÓN BILATERAL DE OVARIOS ___

QUE MEDICAMENTO(S) TOMA PARA OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS, O PARA SUS "HUESOS"?

DOSIS: _____ CUANTO TIEMPO _____

MARQUE LOS MEDICAMENTOS QUE LE APLIQUEN:

BISHOSPHONATE _____ CALCITONIN _____ CALCIO _____ ACTONEL _____
FLOURIDE _____ PTH 1-34 _____ THIAZIDE _____ VITAMINA D _____ FOSAMAX _____

SI ES FEMENINA: POR FAVOR INDIQUE SU RESPUESTA:

PREMONOPAUSIA _____ POSTMENOPAUSIA _____

ESTA EMBARAZADA? SI ___ NO ___